	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA	Código: UTCA-M-01-02
	MANUAL DE ESTÁNDARES DE CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Versión: 02
		Fecha: mayo 2023
		Página 1 de 290

MANUAL DE ESTÁNDARES DE CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA
UNIDAD TÉCNICA DE CERTIFICACIÓN Y AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

Los objetivos de desarrollo sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal, en virtud de lo cual, desde hace varios años se ha procurado a nivel internacional la modernización de la atención de salud en beneficio de los usuarios y sus familias. El proceso de implementación de sistemas de gestión de calidad de la atención en salud en El Salvador ha sido impulsado progresivamente por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Certificación de Calidad busca coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. En este contexto, la certificación es el proceso mediante el cual el Consejo Superior de Salud Pública reconoce a los servicios de atención de salud que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios de calidad a los pacientes.

Este manual contiene los requisitos específicos de calidad establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública, los que deberán cumplirse para obtener y mantener una certificación.

OBJETIVO DEL MANUAL DE ESTÁNDARES.

Establecer los requisitos que deberán cumplir los servicios de salud que deseen obtener la Certificación de Calidad.

ALCANCE DE LA CERTIFICACION.

Abarca todas las organizaciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, de los tres niveles de atención, que constituyen el Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador.

MARCO LEGAL.

- Constitución de la República de El Salvador, en lo relativo al derecho a la vida y a la Salud.
- Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal.
- Resolución A/RES/70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 25 de septiembre de 2015: “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” específicamente en el ODS 3 Salud y Bienestar.
- Manual para la Elaboración de Políticas y Estrategias Nacionales de Calidad de la Organización Mundial de la Salud.
- Código de Salud.
- Ley del Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud.
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.
- Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Decreto Legislativo 658 - 2020 (Reformas a la Ley del SNIS).
- Acuerdo de Presidencia del Consejo Superior de Salud Pública número 14-A del 13 de enero de 2020, de creación de la Unidad Técnica de Certificación de Servicios de Salud.

MARCO CONCEPTUAL.

Pre-requisitos de Certificación.

Es un requisito obligatorio y previo para ser aprobado para iniciar el proceso de certificación, dentro de estos están incluidos los documentos de la habilitación.

Si algún servicio de salud no cumple con un pre-requisito determinado, se le solicita que lo cumpla a través de los procesos ya definidos.

Intención.

La intención de un estándar ayuda a explicar el significado completo, describe el objetivo y la base de este. Proporciona una explicación de cómo el estándar encaja en el programa general, establece los parámetros para el cumplimiento de los requisitos y por otra parte presenta una visión global de este. Los puntos que se enumeran en la intención se consideran sirven como explicaciones útiles de las prácticas que podrían satisfacer el estándar. Los listados que aparecen numerados en la intención incluyen elementos exigidos que deben estar implantados para cumplir con el estándar.

Elementos medibles (EM).

Los elementos medibles (EM) de un estándar indican lo que se revisa y puntúa durante el proceso de evaluación in situ. Los EM de cada estándar identifican los requisitos para el pleno cumplimiento de este. El propósito de los EM es clarificar los estándares y ayudar a que la organización comprenda completamente los requisitos, educar a la dirección, a los jefes de departamento o servicio, a los profesionales sanitarios y al personal sobre los estándares, y guiar a la organización en la preparación de la certificación.

Certificación de servicios de salud.

Es el proceso por el cual el Consejo Superior de Salud Pública reconoce a los servicios que participen de manera voluntaria y que cumplan los estándares necesarios para brindar una atención de calidad.

Requisitos para la certificación.

Estos son los requisitos específicos y necesarios para la participación en el proceso de certificación y para mantener la adjudicación de esta. Los servicios de salud deberán cumplir con los requisitos en todas las fases del proceso de certificación.

Condiciones generales de elegibilidad para los servicios que solicitarán voluntariamente ingresar al proceso de certificación de la calidad.

Cualquier servicio que solicite la certificación cumplirá con los criterios que le apliquen según el portafolio de servicios ofertados:

1. Ser una entidad que proporciona servicios de salud ubicado en el territorio salvadoreño.
2. Ser un servicio autorizado en funcionamiento como un proveedor de salud, por la autoridad competente.
3. Ofertar un portafolio de servicios clínicos de atención diagnóstica, terapéutica, paliativo o de rehabilitación.
4. Ser un servicio de salud que oferta un conjunto de servicios definidos.
5. Si es una entidad que presta servicios que están disponibles los 365 días del año, es decir 24 horas al día, 7 días a la semana; proporcionando servicios complementarios y de apoyo esenciales según las necesidades de los pacientes urgentes y/o de emergencia (tales como pruebas de cuidados paliativos, diagnóstico, laboratorio y quirófano).
6. Ser un servicio con horario y portafolio definido.
7. El servicio está dispuesto a asumir la responsabilidad de mejorar la calidad de su atención y servicios.
8. Los directivos del servicio permiten la evaluación completa de la implementación y el cumplimiento sostenido de todos los estándares de certificación vigentes.
9. El servicio cumple con los Requerimientos Técnicos Administrativos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública en el caso de servicios privado.
10. En el caso de servicios de salud públicos deberán presentar el acuerdo de constitución otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

11. El servicio de salud deberá tener al menos seis meses de funcionamiento proporcionando atención de salud a la población antes de la presentación de la solicitud virtual o presencial.
12. Los directivos están dispuestos a la autorización de revisiones de historias clínicas abiertas y cerradas, revisión documental impresa o digital, observación directa de los procesos de atención de los pacientes, entrevistas a pacientes y personal.

Estándares Indispensables.

Son aquellos que se consideran tan necesarios que no se puede prescindir de su cumplimiento por lo que son de obligatorio cumplimiento por todos los servicios de salud, ya que a través de estos se resguarda la vida del paciente y del personal.

Estándares Necesarios.

Son aquellos que deben de cumplirse para lograr el funcionamiento conveniente de un proceso a favor de la salud de las personas.

Estándares convenientes.

Son aquellos que se deben cumplir porque contribuyen, coadyuban, suman o ayudan a agregar valor para la consecución del cumplimiento de un estándar indispensable o necesario.

VENTAJAS DE LA CERTIFICACIÓN.

Las ventajas competitivas que adquiere un servicio al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad de las instalaciones, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de salud y la población en general.

- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa demuestra a los pacientes, familiares y a la población en general, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que sus servicios son competitivos.

ENFOQUE DEL MANUAL DE ESTÁNDARES.

El enfoque de la evaluación por medio del presente manual fomenta en los servicios el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad de manera estandarizada y sistémica, viendo al servicio de salud como un “todo”, se logra cuando el servicio implementa y trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de él. Es importante comprender que el modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, que cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere del involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.

Otro aspecto importante es que se evaluará a través de los estándares el trabajo en colaborativo, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos que, como expertos, conocen buenas prácticas y pueden, tomando en cuenta el contexto de la organización, analizar y definir la mejor forma de cómo proceder.

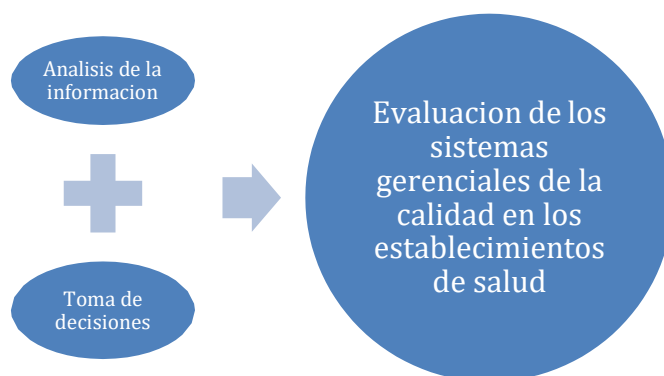
La evaluación de la calidad bajo una óptica de sistema y procesos de salud con un enfoque tanto proactivo como reactivo, brindará las recomendaciones pertinentes para que en cada servicio se fomente una cultura de calidad donde la máxima hipocrática de “primero no dañar” sea una prioridad.

Con base a lo anteriormente expuesto el proceso de certificación del Consejo Superior de Salud Pública evalúa que los servicios:

1. Asuman la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.

3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención.
4. Cuenten con la cantidad de personal necesario de acuerdo a la demanda de pacientes.
5. Empleen el personal habilitado o certificado de acuerdo a los perfiles de contratación según las funciones, actividades y responsabilidades que tienen a su cargo.
6. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
7. Brinden educación al paciente y a su familia acorde a su contexto sociocultural.
8. Dispongan de infraestructura, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
9. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
10. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
11. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” sea una prioridad permanente de toda organización.

Así mismo el manual busca un enfoque de sistema, una integración de toda la organización y un trabajo en equipo interdisciplinario fundamentados en el análisis y la toma de decisiones.



CONTENIDO DEL MANUAL DE ESTÁNDARES.

El presente documento es una adaptación de **Estándares Internacionales**, en los que se incluyen: Estándares centrados en el paciente, estándares de gestión del servicio de atención médica y las metas internacionales para la seguridad del paciente.

Los estándares nacionales se dividen en dos grupos:

1. **Estándares centrados en el paciente:** que están relacionados con la provisión de atención al paciente.
2. **Estándares de Gestión:** que están relacionados con la organización segura, efectiva y bien gestionada.



Según la Real Academia Española, un Estándar es “Una definición que sirve como tipo, modelo, patrón o referencia.” Partiendo de la definición de este término, un estándar es la unidad básica para establecer esas condiciones mínimas pero esenciales en la prestación de los servicios sanitarios, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud; que garantice el cumplimiento del enfoque de riesgo y con altos niveles de calidad, a través de las condiciones tecnológicas y científicas indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura”.

Los estándares se estructuran con criterios aplicables y obligatorios a los servicios de salud proporcionados a la población. Los estándares de certificación delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la certificación de servicios de salud procura que el diseño de los criterios para cada estándar cumpla con la identificación, control y reducción de los riesgos asociados con la prestación de los servicios de salud.

Los estándares de certificación son estándares esenciales, ello implica que no son exhaustivos ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de un servicio de salud. Incluyen únicamente aquellos cuya ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio. Esta premisa implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares.

Los estándares deberán ser evaluados in situ, definen las expectativas de desempeño, estructuras o funciones que deben existir para que un servicio sea certificado por el Consejo Superior de Salud Pública.

En función de su cumplimiento se dividen en tres tipos:

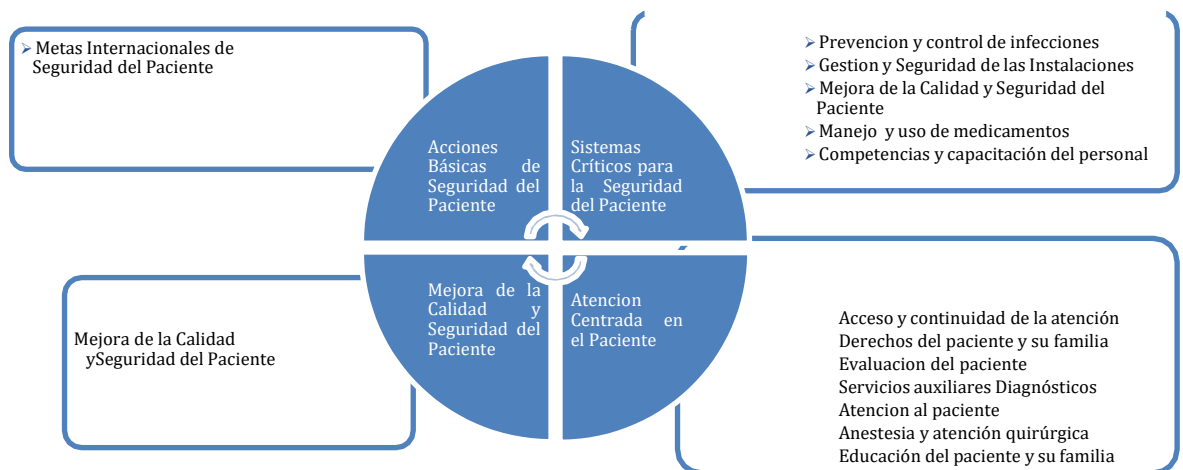
- 1. Estándares Indispensables:** Son aquellos que se considera tan necesarios que no se puede prescindir de su cumplimiento por lo que Son de obligatorios cumplimientos por todos los servicios de salud ya que a través de estos se resguarda la vida del paciente y del personal.
- 2. Estándares Necesarios:** Son aquellos que deben de cumplirse para lograr el funcionamiento conveniente de un proceso a favor de la salud de las personas.

3. Estándares convenientes: Son aquellos que se deben cumplir porque contribuyen, coadyuban, suman o ayudan a agregar valor para la consecución del cumplimiento de un estándar indispensable o necesario.

La formulación de los estándares atiende a tres principios básicos:

- **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son indispensables y necesarias para minimizar los principales riesgos propios de la atención en salud.
- **Sencillez:** La formulación de los estándares, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender para los prestadores de servicios de salud, las autoridades y cualquier persona.

En total para la certificación de establecimientos el manual cuenta en su primera parte de VII capítulos conteniendo 110 Estándares un total de 454 elementos medibles, la segunda parte contiene VI capítulos con 98 Estándares y 405 elementos medibles.



Modelos de seguridad del paciente.

Acciones Básicas de Seguridad del Paciente

- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente

- Manejo y uso de medicamentos.
- Prevención y control de infecciones.
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- Competencias y capacitación del personal.

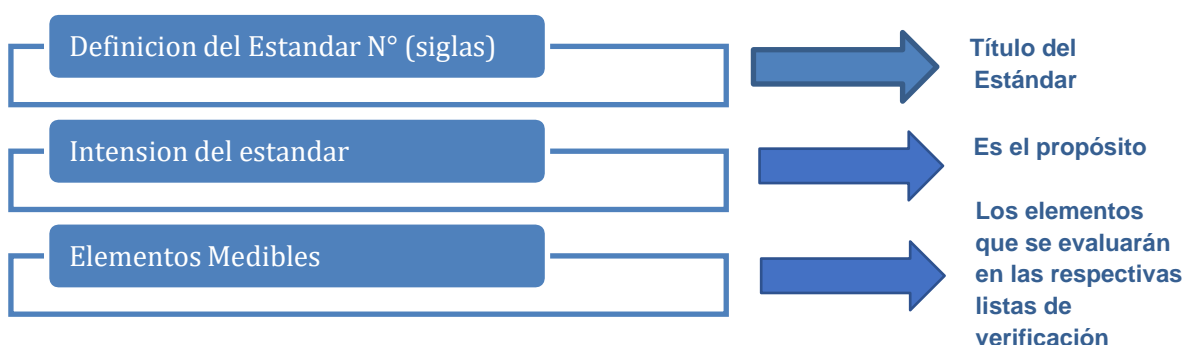
Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente

- Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Atención Centrada en el Paciente

- Acceso y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y su familia.
- Evaluación del paciente.
- Servicios auxiliares Diagnósticos.
- Atención al paciente.
- Anestesia y atención quirúrgica.
- Educación del paciente y su familia.

PRESENTACIÓN



Para los servicios que proporcionan atención de salud en el ámbito privado, que solicita la certificación por primera vez, se vuelve necesario, que los

establecimientos se encuentren inscritos y autorizados por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), garantizando de esta manera el cumplimiento de los Requerimientos Técnicos Administrativos (RTA) de funcionamiento. Los servicios que soliciten ingresar al proceso de certificación y no se encuentren habilitados por incumplimiento de los RTA, se les informará que requieren su respectiva habilitación o necesitan su actualización.

El CSSP requiere que cada entidad de salud que solicite o haya alcanzado la certificación se comprometa en el proceso de mejora continua, con honestidad, integridad y transparencia. Este tipo de compromiso en el proceso de certificación es evidente al proporcionar información completa y precisa durante todas las fases del mismo.

Los servicios que soliciten a la UTCA certificarse, podrán solicitar información de manera presencial o virtual.

En los casos de identificarse irregularidades sobre la información recibida la UTCA se apegará a lo estipulado en la Ley de Acceso a la Información Pública que define La falsificación de información como: “La fabricación parcial o total de cualquier información que proporciona un solicitante”. La falsificación puede incluir reformulación, reformateo o eliminación del contenido de documentos o la presentación de información, informes, datos u otros materiales falsos.

METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La **Seguridad del Paciente** es un elemento imprescindible de la calidad asistencial, de gran importancia tanto para los pacientes y sus familias como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia eficiente y segura. El objetivo de la Seguridad del Paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen.

Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, se basan en nueve soluciones definidas por expertos mundiales en seguridad del paciente; que a su vez fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces. Todas siguen vigentes hasta el día de hoy. El propósito de las Metas Internacionales es promover acciones de mejora específicas en Seguridad del Paciente dirigidas a procesos críticos del cuidado de la

salud, describiendo soluciones a problemas basadas en el consenso de expertos y en la mejor evidencia disponible. Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son transversales a todos los servicios y son las siguientes:

1. Identificar Correctamente a los Pacientes.

La correcta identificación de los pacientes es esencial para evitar errores durante el proceso de atención, los cuales pueden ocurrir en todas las instancias del diagnóstico y tratamiento, debido a múltiples causas: Pacientes sedados, obnubilados por su patología de base, desorientados, con discapacidades sensoriales, pueden tener nombres similares o iguales o se los puede cambiar de cama, y colocar a otro en su lugar. El proceso de identificación del paciente es el que permite asegurarse que la persona correcta reciba la atención correcta a lo largo de cada uno de los procesos de atención. El objetivo es lograr la identificación completa del 100% de los pacientes. Se deben buscar soluciones inmediatas y emergentes cuando la identificación completa sea menor del 90%, la identificación incompleta sea mayor del 10% o cuando no existe un procedimiento para la identificación.

2. Comunicación Efectiva.

El objetivo es lograr una comunicación efectiva entre el 100% del personal que presta atención en los servicios, y entre el personal de salud y el paciente.

3. Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo.

El propósito es reducir los errores en el manejo de los medicamentos de alto riesgo, incluye también el monitoreo de los eventos adversos asociados, identificación de medicamentos LASA, control de cumplimiento de las prescripciones médicas por parte de la farmacia, descarte seguro de la medicación vencida, legibilidad de la prescripciones de los profesionales a fin de evitar errores, evaluar la medicación de los pacientes internados por la supervisora de sala cada vez que se realicen los pases, evitar la rotulación con marcadores, realizándola con rótulos adheridos en cada frasco, entre otros.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Disminuir a cero los errores de paciente, procedimiento y localización correctos en relación con la cirugía que se va a llevar adelante. Para mejorar esta situación deben emplearse prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas por la **Joint Comission International** para asegurar el procedimiento correcto, el sitio correcto y al paciente correcto. En tal sentido, se debe preparar con un sistema de marcaje las áreas anatómicas a intervenir, en todas las cirugías que impliquen bilateralidad, por ejemplo, cirugías de manos, piernas, ojos, etc. Y se deberá implementar el llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS, en esta lista, más allá del marcado correcto, se incluyen aspectos vitales tales como el conteo de gasas e instrumental, el uso de implantes, la obtención e identificación correcta de muestras, o el control de las pérdidas hemáticas.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y a la atención médica.

Los servicios deberán promover las acciones destinadas a disminuir las infecciones asociadas con la atención médica; entre ellas crear conciencia sobre el impacto de las infecciones en el establecimiento, administrando un sistema de información confiable, dedicando recursos a la prevención y siguiendo los protocolos médicos.

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Acciones destinadas a reducir el riesgo de caídas, en las cuales se involucra al personal, al paciente y a su familia. En caso de pacientes con alto riesgo de caídas, se controla la presencia de barandas levantadas, contención física del paciente presencia de cuidadores permanentes en caso de que así lo requieran, como menores de edad, grupo de personas vulnerables, con capacidades diferentes, o los casos que se plantean en el proceso de atención médica, colocación del sistema de semáforo en la cabecera del paciente (con color rojo los pacientes más susceptibles a caídas como en los casos de pacientes con deterioro del sensorio o

postquirúrgicos, etc.), amarillo riesgo intermedio y verde el paciente con bajo riesgo de caídas, de manera que sea evidente el riesgo de caídas que presenta.

Dentro de los programas de prevención para riesgos de caídas deberán incluirse los siguientes puntos que se priorizan:

- Evaluar el riesgo de caídas de los pacientes internados, implementar y registrar medidas para disminuirlo,
- Identificar a los pacientes con riesgo de caídas y comunicar al personal que toma la guardia.

Meta 1.
Identificar correctamente a los pacientes



Nombre completo
Fecha de nacimiento

Meta 2.
Mejorar la comunicación efectiva.



En indicaciones telefónicas y verbales:
Escuchar - Escribir - Leer - Confirmar

Meta 3.
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.



Doble verificación entres pares.
Resguardo seguro.
Etiqueta para identificarlos.



Protocolo Tiempo Fuera: Paciente,
Procedimiento y Sitio correctos.
Lista de verificación en cirugía.

Meta 5.
Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



Campaña permanente de Lavado de Manos.

Meta 6.
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

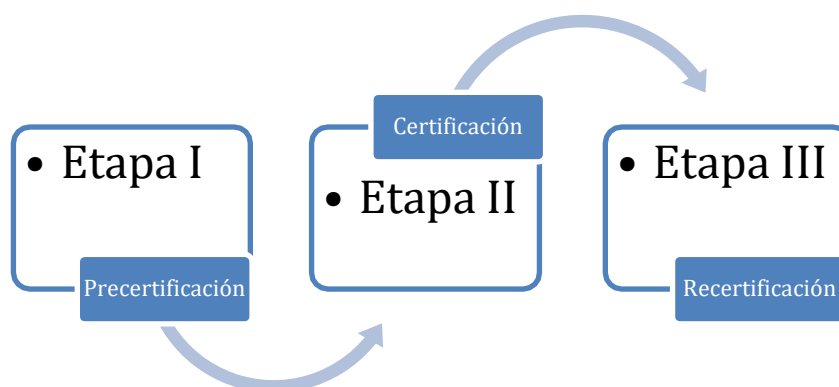


Evaluar y reevaluar el nivel de riesgo.
Aplicar protocolo de prevención de caídas.

PROCESO PARA CERTIFICACION.

Está compuesto de 3 etapas, en donde el Consejo Superior de Salud Pública a través de la Unidad Técnica de Certificación y Auditoría de Servicios de Salud, evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados.

Dichas etapas son:



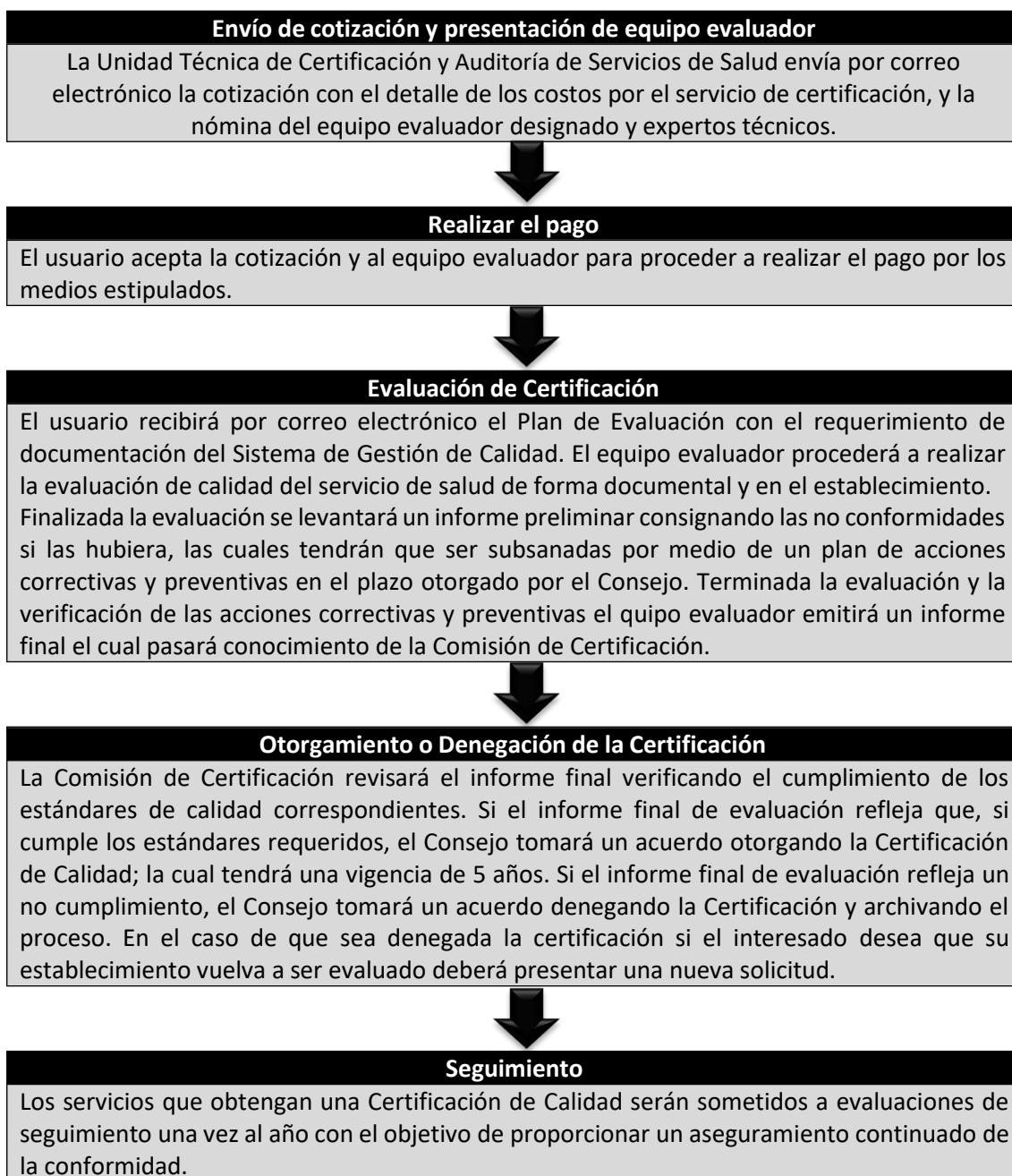
Precertificación: Es la verificación inicial de los requisitos documentales de calidad del establecimiento, por medio de la cual se determina si el servicio de salud reúne las condiciones necesarias para ser candidato a iniciar el proceso de certificación.

PRECERTIFICACIÓN



Certificación: Es la evaluación documental y en sitio (en el servicio) que realiza el equipo técnico de evaluadores del Consejo Superior de Salud Pública, para verificar si el servicio de salud cumple con los estándares de calidad correspondientes y poder así obtener su certificación. Una vez obtenida la certificación el Consejo realizará evaluaciones anuales de seguimiento para verificar que se mantengan las condiciones de cumplimiento.

CERTIFICACIÓN



Recertificación: La certificación que otorga el Consejo tiene una vigencia de 5 años, al término de los cuales se podrá solicitar una recertificación de calidad. Para lo cual deberá realizarse una nueva evaluación in situ (en el establecimiento) y verificar nuevamente el cumplimiento de los estándares de calidad.

RECERTIFICACIÓN

Notificación de vencimiento de Certificación

Cumplidos los 5 años de la vigencia de la Certificación de Calidad, el usuario recibirá una notificación previa informándole que se certificación está próxima a vencer, teniendo la opción de mantener la certificación solicitando una “recertificación”; para lo cual recibirá por correo electrónico toda la documentación necesaria, las indicaciones y el costo de la misma. (En la recertificación se repite el ciclo del proceso de certificación).

REGLAS DE DECISIÓN.

La última fase del proceso de certificación se realiza de forma conjunta por la Comisión Certificadora después de haber revisado puntualmente el Informe final de la evaluación. El Consejo Directivo en pleno acuerda si el servicio es “Certificado” o “No Certificado” bajo las siguientes reglas de decisión:

1. OTORGAMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD.

- 1.1. Para otorgar la “**CERTIFICACIÓN DE CALIDAD**” del servicio de salud se debe obtener como resultado de la evaluación, una calificación igual o mayor a:
 - 100% de estándares Indispensables.
 - 80 % de estándares Necesarios.
 - 60% de estándares Convenientes.
- 1.2. Los servicios que obtengan calificaciones menores a las establecidas en el punto 1, deberán presentar un plan de acciones correctivas para evidenciar el proceso de subsanación de las no conformidades. Es decir, los estándares indispensables que logren cumplimiento desde el 80%-99%, los estándares necesarios que logren cumplimiento desde el 60%-79% y los estándares convenientes que logren cumplimiento del 50 %-59%.
- 1.3. El plan de acciones correctivas será presentado para su respectiva revisión. Si el plan no es aprobado el usuario tendrá 15 días para realizar las correcciones requeridas y presentar un nuevo plan, hasta un máximo de tres veces.

- 1.4. Para proporcionar un aseguramiento continuado de la conformidad de los estándares por parte de los servicios certificados, se realizarán evaluaciones de seguimiento anuales, o a solicitud de la Comisión Certificadora cuando estime conveniente.

2. DENEGACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD.

- 2.1. Si se cumple el plazo otorgado para subsanar las no conformidades sin que el servicio demuestre evidencia del cumplimiento requerido, se presentará informe a la Comisión Certificadora, quien tomará acuerdo DENEGANDO la certificación.
- 2.2. Cuando el servicio de salud decida no continuar con el proceso de certificación después de haberse realizado la evaluación in situ, para lo cual deberá manifestarlo expresamente, o por desinterés manifiesto. La Comisión Certificadora tomará acuerdo DENEGANDO la certificación.
- 2.3. El servicio que obtenga un acuerdo denegando la certificación por parte de la Comisión de Certificación, podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo mayor de 6 meses.

3. FINALIZACIÓN, REDUCCIÓN, SUSPENSIÓN O RETIRO DE LA CERTIFICACIÓN.

3.1. Finalización de la Certificación.

- 3.1.1. La Comisión Certificadora tomará acuerdo declarando finalizada la certificación cuando:
 - a) Se cumple el plazo para el cual fue otorgada.
 - b) Cuando el usuario manifiesta expresamente su deseo de no recertificar su servicio.

3.2. Reducción de la Certificación.

- 3.2.1. La Comisión Certificadora podrá tomar acuerdo reduciendo el alcance de la certificación cuando:
 - a) El servicio de salud certificado reduce la cobertura de sus servicios prestados, incluidos en el alcance de la certificación otorgada.

- b) El Servicio de salud certificado deja de cumplir estándares en uno de los servicios incluidos en el esquema de certificación y su alcance de forma definitiva.

3.3. Suspensión de la Certificación.

3.3.1. La Comisión Certificadora tomará acuerdo declarando suspendida la certificación cuando:

- a) El servicio certificado ha dejado de cumplir de forma persistente o grave con los requisitos de la misma.
- b) El servicio de salud certificado no permite la realización de los seguimientos pertinentes o de renovación.
- c) En casos de actividad ilícita comprobada por parte de la organización certificada.
- d) El servicio de salud certificado haya solicitado voluntariamente una suspensión, debidamente justificada.

La suspensión de la certificación es temporal, y se restaura cuando se resuelva el motivo que generó esta condición.

3.4. Retiro de la Certificación.

3.4.1. La Comisión Certificadora tomará acuerdo retirando la certificación cuando:

- a) Una certificación que ha sido suspendida, los incumplimientos a los estándares de calidad que originaron la suspensión, no hayan sido resueltos en los tiempos establecidos.
- b) El servicio certificado solicite la cancelación de la certificación por decisión propia o por declarar cierre de operaciones.
- c) Por situaciones que de acuerdo a su gravedad comprobada y a criterio de la comisión certificadora sean consideradas como causales directas para el retiro.

CODIFICACIÓN DE ESTANDARES

Estándares	Categorización de los estándares	N° Elementos Medibles
CAPITULO I ACCESO A LA ATENCION Y CONTINUIDAD EN SALUD (ACP)		
Prestación de servicios de salud para todos los usuarios.		
Estándar AACP.1	Indispensable	3
Se presta una atención de salud uniforme a todos los usuarios y se cumple con las leyes y reglamentaciones vigentes.		
Estándar AACP.2	Indispensable	2
Existe un proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada usuario.		
Estándar AACP.3.	Indispensable	5
Un plan individualizado de atención es desarrollado y documentado para cada usuario.		
Estándar AACP.4.	Indispensable	4
El servicio desarrolla e implementa un proceso uniforme para prescribir órdenes para los usuarios.		
Estándar AACP.5.	Indispensable	2
Los procedimientos y tratamientos clínicos y diagnósticos realizados, así como también los resultados		

obtenidos se registrarán en el expediente clínico del usuario.		
Estándar AACP.6.		
La atención médica de los pacientes de alto riesgo es guiada por directrices de práctica profesional, leyes y reglamentos vigentes nacionales e internacionales	Indispensable	5
Estándar AACP.7.		
El personal de salud se encuentra capacitado para reaccionar frente a los cambios que se produzcan en la condición del usuario.	Indispensable	4
Estándar AACP.8.		
Los servicios de reanimación cardiopulmonar están disponibles en todo el establecimiento.	Indispensable	4
Estándar AACP.9.		
Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación y administración de sangre y hemoderivados.	Indispensable	3
Estándar AACP.10.		
Se cuenta con personal certificado para brindar Soporte Vital Avanzado.	Indispensable	11

Estándar AACP.11		
Cumplir con Tiempos efectivos de respuesta al paciente con situación de urgencia grave o emergencia con el objetivo de disminuir la discapacidad y aumentar la sobrevivencia.	Indispensable	2
Estándar AACP.12.		
Para realizar una adecuada asistencia al paciente de urgencias prehospitalaria es preciso contar con los recursos materiales necesarios y transporte adecuado adaptados a la idiosincrasia de cada paciente a ser atendido.	Indispensable	4
Estándar AACP .13.		
Existencia de protocolos clínicos de las patologías de emergencia y urgencia más frecuentes de la atención prehospitalaria	Indispensable	3
Estándar AACP .14		
La entidad cuenta con políticas, normativa y estrategias institucionales de atención prehospitalaria.	Indispensable	3
Estándar AACP.15		
Proporcionar atención de emergencias médicas contando con profesionales certificados en ABS y ACLS	Indispensable	2

para la atención prehospitalaria.		
Estándar AACP 16.	Indispensable	3
Contar con los medios de transporte adecuados para el traslado de personas en riesgo.		
Estándar AACP.17	Necesario	2
El servicio brinda atención al final de la vida.		
Estándar AACP.18	Necesario	5
La atención del usuario terminal optimiza su comodidad y dignidad.		
CAPITULO II DERECHOS DE LOS PACIENTES Y LAS FAMILIAS (DPF)		
Estándar DPF.1	Indispensable	6
El servicio cuenta con servicios que implementan efectivamente las políticas y procedimientos que garantizan la igualdad en la atención de los usuarios.		
Estándar DPF.2	Indispensable	8
El servicio cuenta con servicios que brindan una atención en salud humanizada que respeta la dignidad, los valores personales y las creencias del usuario, respetando la privacidad y la confidencialidad de la atención y la información. Asimismo, se		

deben garantizar condiciones dignas durante la atención que permitan a los usuarios un ambiente tranquilo y seguro.		
Estándar DPF.3		
El servicio busca reducir las barreras físicas, de accesibilidad, lingüísticas, culturales y las demás que afecten el acceso a la prestación del servicio de salud.	Necesario	9
Estándar DPF.4		
El consentimiento informado se obtiene a través de un proceso definido por el servicio de salud y llevado a cabo por personal calificado de una manera y un lenguaje que el usuario pueda comprender.	Indispensable	10
Estándar DPF.5		
El servicio es responsable de que en sus servicios de salud se apliquen procesos que aseguren el respeto de los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.	Indispensable	16
Estándar DPF.6		
El servicio informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender	Necesario	3

quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención en salud; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.		
Estándar DPF.7.	Indispensable	2
Se garantiza a los usuarios que sus quejas sean escuchadas, revisadas y, cuando sea posible, resueltas. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme de todos los pacientes.		
Estándar DPF.8.	Indispensable	3
Los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores, pacientes embarazadas, niños y demás población en riesgo obtienen la protección adecuada.		
Estándar DPF.9	Indispensable	6
Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.		
CAPITULO III EVALUACION OPORTUNA DEL PACIENTE (EOP)		
Estándar EOP.1	Indispensable	3
Identificar las necesidades de atención de salud en todos los usuarios atendidos por el servicio mediante un proceso de evaluación definido.		

Estándar EOP.1.1		
La Evaluación inicial de cada usuario incluye una evaluación de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, e incluye un examen físico y una historia clínica.		
Estándar EOP.1.2		
Las necesidades médicas y de enfermería del usuario se identifican a partir de las evaluaciones iniciales basadas en sus necesidades y en su estado clínico, las cuales se completan y registran en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas.		
Estándar EOP.1.3		
El servicio realiza evaluaciones iniciales individuales para las poblaciones especiales a las que presta atención de salud.		
Estándar EOP.1.4		
Los usuarios terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo con sus necesidades individuales.		
Estándar EOP.1.5		
La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta.		

Estándar EOP.2		
Se reevalúa a todos los usuarios en intervalos determinados en función de su estado, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.		
Estándar EOP.3		
Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por personal capacitado y habilitado por la institución acreditada por ley nacional vigente.		
Estándar EOP.4		
Los médicos, el personal de enfermería y las demás personas y servicios responsables de la atención del usuario trabajan en forma conjunta para analizar e integrar las evaluaciones de los usuarios y priorizar las necesidades de atención más urgentes o importantes.		
CAPITULO IV SERVICIOS AUXILIARES TERAPEUTICOS Y DE DIAGNOSTICO (SATD) Servicios de Laboratorio		
Estándar SATD.1.		
Los servicios de laboratorio Clínico están disponibles para atender las necesidades de los		

usuarios; todos estos servicios cumplen con los estándares de calidad, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.		
Estándar SATD.1.1		
El laboratorio contará con un Licenciado en Laboratorio Clínico responsable de la gestión del servicio.	Indispensable	6
Estándar SATD.2		
Todo el personal del laboratorio cuenta con la formación, habilitación, certificación y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados.	Indispensable	6
Estándar SATD.3		
El laboratorio Clínico posee un programa de seguridad y salud ocupacional documentado.	Indispensable	4
Estándar SATD.4.		
El laboratorio implementa un proceso coordinado para reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a materiales de riesgo biológico y otros desechos.	Indispensable	4
Estándar SATD.5.		
Los resultados de laboratorio se encuentran disponibles en	Indispensable	5

forma puntual tal como lo establece el Laboratorio.		
Estándar SATD.6	Indispensable	6
Todo el equipo y la tecnología biomédica usados para realizar las pruebas de laboratorio se inspeccionan, mantienen y calibran con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades de mantenimiento.		
Estándar SATD.7	Indispensable	5
Los reactivos esenciales y demás suministros se encuentran disponibles en forma regular y se los evalúa para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.		
Estándar SATD.8	Indispensable	4
El laboratorio pose los procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras.		
Estándar SATD.9	Indispensable	2
Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.		
Estándar SATD.10	Indispensable	2
Los procedimientos de control de calidad de los servicios de laboratorio se encuentran en		

vigencia, se respetan y registran.		
Estándar SATD.11		
Existe un proceso para comprobar la competencia y efectividad de los servicios de laboratorio.	Indispensable	3
Estándar SATD.12		
Los laboratorios de referencia a los que el servicio de salud deriva pruebas cuentan con licencias, acreditaciones o certificaciones otorgadas por autoridades reconocidas nacional o internacionalmente.	Indispensable	2
Estándar SATD.13		
El servicio de salud identifica las medidas para monitorizar la calidad de los servicios prestados por el laboratorio de referencia.	Necesario	3
Estándar SATD.14		
Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica de los Servicios.	Indispensable	10
Estándar SATD.15		
El servicio tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.	Indispensable	2

Banco de sangre y/o servicios de transfusiones		
Estándar SATD 16	Indispensable	5
Una persona calificada es responsable del banco de sangre y/o los servicios de transfusiones y asegura que los servicios cumplan con las leyes y reglamentaciones vigentes y los estándares reconocidos para esta práctica.		
Servicios de radiología e imagen		
Estándar SATD.17.	Indispensable	4
Los servicios que brindan servicios de radiología y diagnóstico por imágenes están disponibles para atender las necesidades de los usuarios. Todos estos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales, nacionales e internacionales.		
Estándar SATD 18.	Indispensable	4
Una(s) persona(s) capacitada es/son responsable(s) de la gestión de los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.		
Estándar SATD.19	Indispensable	5
La realización de los estudios de diagnóstico por imágenes, la interpretación de los resultados y el informe de		

<p>estos, están a cargo de personas debidamente acreditadas.</p>		
<p>Estándar SATD.20</p> <p>Existe un programa de seguridad radiológica activo, implementado y registrado, y se cumple con los programas de control de infecciones y administración del establecimiento.</p>	<p>Indispensable</p>	<p>2</p>
<p>Estándar SATD.21</p> <p>Los resultados de radiología y diagnóstico por imágenes se encuentran disponibles en forma puntual, y son enviados en formato digital si es necesario o en su defecto como lo establece el establecimiento.</p>	<p>Necesario</p>	<p>3</p>
<p>Estándar SATD.22</p> <p>Todo el equipamiento y la tecnología médica usados para realizar los estudios radiológicos o de diagnóstico por imágenes se inspecciona, se mantiene y se calibra con regularidad y se llevan debidamente los registros de todas estas actividades de mantenimiento.</p>	<p>Indispensable</p>	<p>6</p>

Estándar SATD.23	Indispensable	4
La película para rayos X y otros insumos se encuentran disponibles en forma regular, en los establecimientos que brindan los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.		
Estándar SAD.24	Indispensable	5
Los procedimientos de control de calidad radiológica se encuentran en vigencia, y son respetados y registrados.		
Estándar SATD.25	Necesario	4
El servicio que brinda servicios de radiología y diagnóstico por imágenes revisa regularmente los resultados del control de calidad de las fuentes externas de servicios de diagnóstico.		
Estándar SATD.26.	Indispensable	8
Los sistemas de control de calidad incluyen las situaciones de exposición planificadas que contengan materiales radiactivos o generadores de radiación, y la gestión de desechos radiactivos, de procesamiento de materiales radiactivos, de irradiación, de extracción y tratamiento de minerales que		

impliquen o pudieran implicar exposición de la misma, así como a cualquier exposición ocupacional, exposición médica o exposición del público.		
Alimentación y Terapia nutricional		
Estándar SATD. 27	Indispensable	4
Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos apropiados para la situación nutricional del paciente y coherente con su atención médica. Y el personal responsable de preparar y manipular alimentos, están capacitados en el rol que desempeñan.		
Estándar SATD.28	Necesario	3
Los usuarios con riesgo nutricional reciben terapia nutricional indicada por un experto en nutrición. El personal que prepara, manipula y reparte los alimentos utiliza la indumentaria necesaria según protocolos.		
Gestión del dolor		
Estándar SATD.29	Indispensable	7
Los usuarios reciben ayuda para gestionar el dolor en		

forma efectiva. Y la prescripción de fármacos para el dolor está justificada por una indicación médica.		
CAPITULO V ANESTESIA Y ATENCION QUIRURGICA (AAQ)		
Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación.		
Estándar AAQ.1	Indispensable	4
Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente.		
Estándares AAQ.2	Indispensable	4
Los servicios de anestesia y sedación se encuentran bajo la coordinación y gestión de personal competente y se indican bajo una evaluación previa justificado en un formato correspondiente.		
Estándar AAQ.3	Indispensable	7
Los grupos de pacientes a quienes se administra anestesia y sedación se consideran de alto riesgo, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control adecuados para obtener mejores resultados.		

Estándar AAQ .4	Indispensable	3
La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando un proceso estandarizado.		
Estándar AAQ.5	Indispensable	5
Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los usuarios; así mismo, tales servicios cumplen con los estándares profesionales, leyes, reglamentos nacionales e internacionales.		
Estándar AAQ.6	Indispensable	4
Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de una o más profesionales de la salud certificados que tienen la responsabilidad de administrarlos.		
Estándar AAQ.7	Indispensable	3
La administración de sedación está estandarizada en todo el servicio de salud.		
Estándar AAQ.7.1	Indispensable	3
Los profesionales de salud responsables de la sedación de procedimiento y las personas responsables de monitorizar a		

los pacientes que reciben sedación se encuentran habilitados y certificados nacional o internacionalmente		
Estándar AAQ.7.2		
La sedación de procedimiento se administra y monitoriza de acuerdo con directrices y protocolos de práctica profesionales nacionales e internacionales.	Indispensable	3
Estándar AAQ.7.3		
Los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan con la sedación de procedimiento se discuten con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.	Necesario	3
Estándar AAQ.8		
Un profesional capacitado realiza una evaluación previa a la anestesia y a la inducción.	Indispensable	
Estándar AAQ .9		
Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente y se documentan la anestesia y la técnica en el expediente del paciente.	Indispensable	3
Estándar AAQ 10		
Los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan		3

con la anestesia se discuten con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.	Necesario	
Estándar AAQ.11	Indispensable	2
Se monitoriza el estado fisiológico de cada paciente durante la anestesia y la cirugía, de acuerdo con las directrices de práctica profesional y se deja constancia en la historia clínica del paciente.		
Estándar AAQ.11.1	Indispensable	4
El estado posterior a la anestesia de cada paciente se monitoriza y documenta según protocolo; además, al paciente se le da el alta del área de recuperación por parte del médico anestesiólogo o Lic. (a) en anestesiología utilizando los criterios establecidos según protocolos nacionales e internacionales.		
Estándar AAQ.12	Indispensable	3
La atención quirúrgica de cada usuario se planifica y documenta de acuerdo con los resultados de la evaluación.		

Estándar AAQ.12.1	Indispensable	3
La información acerca del procedimiento quirúrgico se documenta en el expediente del paciente por cada profesional de la salud correspondiente, para facilitar una atención continua.		
Estándar AAQ.12.2	Indispensable	5
La atención del paciente después de la cirugía se planifica y documenta en el expediente clínico impreso o digital por las disciplinas correspondientes.		
Estándar AAQ 13.	Indispensable	2
La atención quirúrgica que incluye la implantación de un dispositivo se planifica con especial consideración a la forma en que los procesos y procedimientos estándar deben modificarse.		
CAPITULO VI		
MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS (MMU)		
Estándar MMU.1	Indispensable	5
El uso de medicamentos en los servicios está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con las leyes y normativas aplicables y se encuentra bajo la dirección		

técnica y la supervisión de un profesional Químico Farmacéutico u otro profesional habilitado.		
Estándar MMU.2	Indispensable	5
Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura en las áreas de atención al paciente.		
Estándar MMU.3.	Necesario	2
Existe un procedimiento para el almacenamiento de medicamentos y que requiere especial consideración.		
Estándar MMU.4	Indispensable	3
Los medicamentos de emergencia están disponibles, monitorizados y seguros cuando se almacenan fuera de la farmacia.		
Estándar MMU.5.	Necesario	3
El servicio tiene un procedimiento para identificar, recuperar y reingresar de manera segura y correcta los medicamentos que retire de las áreas o servicios de atención al paciente		

Estándar MMU.6.		
La emisión de recetas, la colocación de órdenes y la transcripción de manera segura se guían por políticas, procedimientos y normativa vigente del servicio de salud.		
Estándar MMU.7.		
Los medicamentos recetados y administrados se registran en el expediente impreso o digital del paciente.		
Estándar MMU.8		
Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio. o según protocolo del establecimiento.		
Estándar MMU.9.		
Se cuenta con un proceso para la administración de medicamentos donde se verifica que sea correcta de acuerdo con la prescripción médica, y administración por personal correspondiente.		
Administración de medicamentos		
Estándar MMU.10.		
El servicio y la normativa vigente identifican a las personas (profesionales) habilitados quienes cuenten		

con permiso para administrar medicamentos.		
Monitorización de los efectos de medicamentos en los pacientes.		
Estándar MMU.11.	Indispensable	5
Existe un protocolo para la monitorización de la detección y evaluación de efectos adversos, fallas terapéuticas y reacciones secundarias a medicamentos.		
Estándar MMU.12.	Indispensable	3
Los errores y cuasi fallas de medicación se notifican mediante un proceso y marco de tiempo oportuno a las entidades regulatorias pertinentes.		
Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo.		
Estándar MMU.13.	Indispensable	6
El servicio de salud desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA.		
Seguridad en el proceso de medicación de alto riesgo y medicamentos LASA		
Estándar. MMU 14.	Indispensable	3
En las áreas donde se preparen y administren medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA se implementa la doble verificación para prevenir		

errores de medicación durante la preparación y administración de estos.		
Estándar .15.	Indispensable	8
El servicio cuenta con la disponibilidad de los medicamentos según las necesidades del paciente		
CAPITULO VII		
EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF)		
Estándar EPF .1	Conveniente	3
Los establecimientos educan a pacientes y las familias para que cuenten con el conocimiento y las destrezas para participar en los procesos y en las decisiones de la de atención.		
Estándar PFE.2	Conveniente	3
Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica, notas de enfermería o libros correspondientes.		
Estándar EPF.2.1	Conveniente	4
Se evalúa la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.		
Estándar EPF.3	Conveniente	4
Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de		

su familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para que se produzca el aprendizaje.		
Estándar EPF.4	Conveniente	4
Los profesionales sanitarios que brindan atención al paciente colaboran para proporcionar educación.		
Manejo de la comunicación efectiva		
Estándar EPF.5	Necesario	3
El establecimiento desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación oral y/o telefónica entre los profesionales sanitarios.		
Estándar EPF.6.	Indispensable	3
El servicio de salud desarrolla e implementa un proceso para informar acerca de resultados críticos de pruebas diagnósticas.		
Estándar EPF.7	Necesario	5
El servicio desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación.		

Estándar EPF.8.	Necesario	8
El servicio desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación.		
Estándar EPF.9.	Necesario	5
La comunicación es efectiva en todo El servicio		
Estándar EPF.10.	Indispensable	2
Las jefaturas o responsables se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.		

SEGUNDA PARTE

ESTÁNDARES DE GESTIÓN.

OBJETIVOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Estándar	Categorización del estándar	N° Elementos Medibles
CAPITULO I		
MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (MCSP)		
Identificación correcta de los pacientes		
Estándar MCSP.1	Indispensable	2
El servicio de salud desarrolla e implementa un proceso para mejorar la identificación correcta de los pacientes.		

Estándar MCSP.2.	Indispensable	3
El servicio identifica todas las áreas críticas para la identificación del paciente.		
Comunicación Efectiva.		
Estándar MCSP.3	Necesario	2
En los establecimientos se desarrollan e implementan procesos para mejorar la efectividad de la comunicación verbal o telefónica entre los profesionales de la salud.		
Estándar MCSP.4.	Necesario	5
Existe un proceso de comunicación efectiva que asegure la transmisión de la información bajo el ciclo de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, en el momento oportuno por parte del personal que cuente con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.		
Estándar MCSP .5	Conveniente	3
La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.		

Estándar MCSP .6.		
Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente en la administración de los mismos.	Indispensable	7
Seguridad de los procedimientos invasivos y no invasivos		
Estándar MCSP .7.		
Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Los procedimientos para la admisión de pacientes que recibirán servicios invasivos o no invasivos se encuentran estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos.	Indispensable	11
Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica		
Estándar MCSP .8.		
El servicio diseña e implementa un Programa Integral de Higiene de Manos, el cual se basa en la adaptación o adopción de los lineamientos vigentes para la higiene de las manos, como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Necesario	7

CAPITULO II		
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCIN)		
Estándar PCIN 1	Indispensable	3
El servicio cuenta con un proceso para la prevención, reducción y control de infecciones que es respaldado por un plan o programa y supervisado por personal calificado.		
Estándar PCIN 1.1	Necesario	2
El servicio establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.		
Estándar PCIN.2	Indispensable	3
Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Cada servicio contara con un comité, así mismo los miembros estarán calificados en las prácticas de prevención y control de infecciones mediante educación, capacitación, experiencia o certificación.		
Estándar PCIN.3	Necesario	4
Existe un mecanismo de coordinación asignado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucra a médicos, personal de enfermería y otros aspectos que		

dependen del tamaño y la complejidad del establecimiento.		
Estándar PCIN.4	Indispensable	3
El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, en las leyes, reglamentos, normas, manuales y procedimientos, aplicables de acuerdo con los estándares de desinfección y limpieza.		
Estándar PCIN.5	Necesario	4
El responsable del servicio proporciona recursos para apoyar el programa de prevención y control de infecciones.		
Estándar PCIN.6	Indispensable	4
El servicio diseña e implementa un Plan de mejora continua, así como el plan correctivo y preventivo anual de trabajo integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud en pacientes y trabajadores de atención médica.		
Estándar PCIN.6.1	Indispensable	3
Todas las áreas de usuarios, personal y visitantes se incluyen en el plan de mejora continua y en el		

programa de prevención y control de infecciones.		
Estándar PCIN. 7		
El servicio utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer los objetivos del programa de prevención y reducción de infecciones relacionadas con la atención en Salud.	Indispensable	6
Estándar PCIN.8		
El servicio implementa políticas, estrategias, procedimientos, programas de formación y actividades para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.	Indispensable	2
Estándar PCIN.8.1		
El servicio reduce el riesgo de infecciones asegurando una tecnología médica adecuada, limpieza, esterilización y el manejo adecuado del área de lavandería.	Indispensable	3
Estándar PCIN.9.		
El servicio identifica e implementa un proceso para manejar los suministros que expiraron y para la reutilización de los dispositivos de uso único, cuando las leyes y regulaciones lo permiten.	Necesario	3
Estándar PCIN.10.		
El servicio reduce el riesgo de infecciones mediante la	Indispensable	2

eliminación de residuos bioinfecciosos en forma adecuado.		
Estándar PCIN.11		
El servicio reduce el riesgo de accidentes cortopunzantes mediante el manejo, disposición y eliminación de material e insumos médico quirúrgico en forma adecuada.	Indispensable	3
Estándar PCIN.12.		
El servicio reduce el riesgo de infección en las instalaciones asociado con los controles mecánicos y de ingeniería, durante la demolición, construcción y renovación.	Indispensable	3
Estándar PCIN.13.		
Existe una planificación de insumos y material de bioseguridad para desinfectar las áreas y equipo médico quirúrgicos, además de aplicarse en forma correcta cuando es necesario.	Indispensable	4
Estándar PCIN.14.		
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 del establecimiento, a través de medidas que son epidemiológicamente importantes.	Indispensable	4

Estándar PCIN.15.	Necesario	4
El servicio proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, pacientes, familias y a otros encargados del cuidado.		
Estándar PCIN.16.	Necesario	5
El servicio de salud cuenta con un documento oficial del programa para el manejo de las infecciones nosocomiales, que incluye un plan de capacitación, manual de procedimientos preventivos, identificación de las zonas de alto riesgo como: Salas de operaciones, emergencias, sala de cuidados intermedios, cuidados intensivos y unidad de cuidados críticos.		
Estándar PCIN.17.	Indispensable	6
El servicio cuenta con los procesos y procedimientos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización según las áreas de riesgo para el desarrollo de infecciones nosocomiales.		

Estándar PCIN.18.		
El servicio reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa.	Necesario	5
Estándar PCIN .19.		
La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos.	Necesario	5
CAPITULO III		
GOBERNANZA, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN (GLD)		
Estándar GLD.1		
El servicio de salud está vinculado con el máximo ente rector en materia de salud de El Salvador.	Necesario	3
Estándar GLD .2.		
El servicio de salud cumple con lo detallado en los lineamientos del ente rector, con respecto a la notificación obligatorio de la información establecida para el sistema de vigilancia sanitaria	Necesario	2
Estándar GLD.3		
El servicio conoce y ejecuta de forma obligatoria los lineamientos establecidos por la política de salud establecida por el ente rector.	Necesario	2

Estándar GLD.4		
Las políticas y procedimientos establecidas por el servicio guían la atención uniforme de todos los pacientes	Necesario	2
Estándar GLD.5		
La máxima autoridad del servicio de salud es responsable de la elaboración junto con su equipo directivo de la definición del sistema gerencial de calidad, la misión, la visión, programas y políticas necesarias para el funcionamiento y que estén de acuerdo con la legislación sanitaria vigente.	Necesario	2
Estándar GLD.6		
El servicio de salud a través de su máxima autoridad mantiene un plan estratégico centrado en la calidad de la atención a través de los objetivos estratégicos, acciones estratégicas y son medidos los resultados a través de los indicadores.	Indispensable	3
Estándar GLD.7		
La máxima autoridad del servicio de salud establece un marco de gestión que promueve la cultura de prácticas éticas para asegurar que	Necesario	3

la atención al usuario sea de calidad.		
Estándar GLD.8	Indispensable	3
Dentro del sistema de gestión del servicio existe un programa de provisión para que el personal competente desarrolle los procesos y procedimientos adecuados, proporcionando los insumos y equipo necesario a cada departamento o servicio que permitan brindar una atención de calidad.		
Estándar GLD.9	Necesario	2
Cada director de área define y organiza las relaciones con otros servicios para coordinar la adecuada atención del usuario.		
Estándar GLD.10	Indispensable	3
Cada director (responsable) de área ha identificado y definido las responsabilidades de los profesionales, los objetivos a alcanzar y las actividades y el número de participantes necesarios para brindar un servicio de calidad.		

Programa de innovación del servicio		
Estándar GLD.11	Indispensable	3
La administración del servicio recolecta y analiza datos de cada uno de los programas, con el fin de apoyar la planificación para la modernización e innovación de: tecnología médica e informática, sistemas, procesos, reducción de riesgos en el ambiente, contratación de personal según lo establecido en la normativa vigente.		
Estándar GLD.12	Indispensable	6
El servicio cuenta con un proceso para usar bases de datos internos y externos o participar en las mismas para los procesos que considere necesarios.		
CAPITULO IV ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA (ASI)		
Liderazgo y planificación		
Estándar ASI.1	Indispensable	4
El servicio de salud cumple con las leyes, reglamentos y requisitos pertinentes para la evaluación de infraestructura.		
Estándar ASI.2	Indispensable	4
El servicio de salud desarrolla y mantiene uno o varios programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos		

incluidos desde la gestión, misión, diseño, construcción e inspección de la infraestructura del establecimiento.		
Estándar ASI.3	Indispensable	4
Una o más personas capacitadas supervisan la planificación y la implementación del programa de riesgos del servicio de salud para reducirlos y controlarlos.		
Estándar ASI.4.	Indispensable	9
Las autoridades del servicio de salud planifican y presupuestan para la mejora o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave, de acuerdo con la evaluación de las instalaciones y en acato a las leyes y los reglamentos.		
Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos		
Estándar ASI.5	Indispensable	13
El servicio de salud cuenta con un Plan para el inventario, la manipulación, resguardo, uso, control y eliminación de residuos y materiales peligrosos según la normativa vigente.		
Preparación ante desastres		
Estándar ASI.6	Indispensable	5
El servicio de salud desarrolla, mantiene y somete a prueba un plan de gestión y su capacidad de respuesta ante emergencias,		

epidemias y desastres naturales o de otro tipo que tengan un impacto colateral dentro del servicio y su área de responsabilidad programática o de influencia.		
Seguridad contra Peligros relacionados a Fuego y Humo		
Estándar ASI.7	Indispensable	6
El servicio de salud implementa un plan para la prevención, detección temprana, contención, reducción y evacuación segura ante incendios, establecidos por leyes y reglamentos nacionales vigentes.		
Equipo y Tecnología Biomédica		
Estándar ASI. 8	Necesario	4
El servicio de salud implementa un plan de evaluación realizando pruebas y mantenimiento de tecnología sanitaria para documentar los resultados de estas.		
Estándar ASI 9.	Necesario	8
El servicio de salud cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acciones por avisos de eventos centinelas relacionados a la biotecnología médica.		

Servicios Prioritarios y básicos para la Operación		
Estándar ASI.10.		
El servicio de salud implementa un programa para garantizar a través de la inspección y el mantenimiento que todos los suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente, o la actualización de equipos y suministros médicos.		
Estándar ASI.11.		
El programa de suministros básicos garantiza que el servicio cuente en todo momento con agua potable, suministro eléctrico e implementa fuentes alternativas durante la interrupción, contaminación o falla del sistema.		
Estándar ASI.12		
El servicio de salud somete a prueba sus sistemas de emergencia para el suministro de agua y electricidad, y documenta los resultados.		
Estándar ASI.13.		
Personas o autoridades designadas monitorizan la calidad de agua con regularidad.		
CAPITULO V		
CUALIFICACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL (CEP)		
Capacitación Continua		
Estándar CEP.1		
El servicio de salud brinda educación, capacita en forma		

continua y somete a prueba a todo el personal en cuanto a sus funciones con el objetivo de brindar una atención de alta calidad se guía por los parámetros educativos definidos por el equipo directivo de la entidad de salud.	Necesario	7
Estándar CEP.2	Necesario	2
Los miembros del personal están capacitados y poseen conocimientos acerca de sus funciones en los programas de seguridad y salud ocupacional		
Estándar CEP.2.1.	Indispensable	3
El personal está capacitado para desempeñar sus funciones en la identificación y reducción de riesgos, la protección a otras personas y a sí mismos como el mantenimiento de un servicio seguro y protegido		
Estándares CEP 3.	Necesario	7
Los jefes de los departamentos y servicios definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal.		
Designación del personal médico y paramédico		
Estándar CEP .4.	Necesario	2
Los establecimientos de salud tienen un proceso uniforme para reunir las credenciales de aquellos		

miembros del personal médico y paramédico a los que se les permite brindar atención a los pacientes.		
Asignación de funciones clínicas del personal médico y para medico		
Estándar CEP 5.	Necesario	3
El servicio tiene un procedimiento de contratación estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico y paramédico a ingresar, tratar pacientes y ofrecer otros servicios clínicos congruentes con sus cualificaciones.		
Designación y renovación de las funciones del personal médico y paramédico.		
Estándar. CEP.6	Necesario	3
El servicio tiene un procedimiento de designación y renovación de funciones con el objetivo cubrir las necesidades de los establecimientos de acuerdo con las competencias, habilidades y cualificaciones que el personal médico y paramédico va adquiriendo en sus capacitación y actualizaciones.		
Monitorización y evaluación continua de los miembros del personal médico y paramédico.		
Estándar CEP .7.	Indispensable	3
Los establecimientos de salud emplean un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención		

que cada miembro del personal médico y paramédico brinda a los pacientes.		
Personal de Enfermería		
Estándar CEP .8.		
El servicio de salud cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).	Indispensable	9
Trato digno		
Estándar. CEP. 9.		
En la evaluación del desempeño profesional se incluye el cumplimiento a los principios éticos, el trato cálido y humanizado, así como la valoración del desarrollo técnico de acuerdo con los protocolos de manejo del establecimiento	Necesario	2
Información veraz		
Estándar. CEP .10.		
Dentro de la contratación del personal de enfermería se contempla la documentación que comprende la confidencialidad de la información tanto de los pacientes atendidos como del establecimiento.	Indispensable	2

Comunicación y coordinación		
Estándar. CEP. 11	Indispensable	3
Existe un sistema o protocolo de comunicación efectivo entre el personal de enfermería que contenga los procesos, funciones, lineamientos, protocolos y procedimientos para el adecuado y coordinado desempeño de este.		
Prevención de caídas		
Estándar. CEP. 12.	Indispensable	7
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas debido a múltiples variables		
Índices de Rendimiento de enfermería		
Estándar. CEP .13.	Necesario	4
El servicio cuenta con un sistema de monitoreo de los indicadores de rendimiento del personal de enfermería a través de un sistema de evaluación periódico por parte de jefatura del área. El servicio mide la eficacia y efectividad de las intervenciones de enfermería a través de la aplicación del proceso.		
Estándar CEP.14	Necesario	3
El servicio tiene un proceso estandarizado y su respectivo manual de funciones para identificar las responsabilidades		

del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales del miembro del personal de enfermería y de cualquier requisito legal.		
Estándar CEP.14.1		
El servicio tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento, que incluye la evaluación del desempeño individual y establece un plan de mejora cuando proceda.	Necesario	3
Dotación de personal y asignaciones		
Estándar. CEP 15.		
El servicio cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).	Indispensable	3
Estándar CEP.16		
Los jefes de los departamentos y servicios del servicio desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal.	Necesario	3

Estándar. CEP. 17.		
El servicio define las responsabilidades de cada miembro del personal en una descripción actual del puesto de trabajo.	Necesario	3
Estándar CEP .18		
El servicio de salud utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades del servicio y los requisitos del puesto.	Indispensable	5
Planificación del personal		
Estándar CEP 19		
Una estrategia de dotación de personal para la institución desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios identifica el número, tipo, cantidad y cualificaciones que se desean de cada uno de los cargos.	Necesario	3
Estándar CEP 20		
Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación de las jefaturas, al departamento o a la unidad a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al personal.	Indispensable	3

Estándar CEP 21		
Cada miembro del personal recibe formación y educación continua sobre su puesto de trabajo.	Necesario	4
Estándar CEP 22		
El servicio proporciona un Plan de salud y seguridad laboral que aborda la salud física y psíquica del personal y unas condiciones de trabajo seguras.	Necesario	6
Designación del personal médico y paramédico.		
Estándar CEP 23		
La titulación académica de los miembros del personal médico y paramédico, su autorización, colegiación y otras credenciales requeridas por la ley o normativa se verifican y se mantienen actualizadas.	Indispensable	2
Estándar CEP 24		
Hay un proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para las asignaciones iniciales de los miembros del personal médico y paramédico.	Necesario	4
La asignación de las funciones clínicas del personal médico		
Estándar CEP 25		
El servicio tiene un procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico a ingresar, tratar y ofrecer otros	Indispensable	3

servicios clínicos de apoyo a los pacientes congruentes con sus necesidades.		
Evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico		
Estándar CEP.26		
El servicio emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes.	Indispensable	5
Estándar CEP.27		
Al menos cada tres años, el servicio determina, a partir de la monitorización y evaluación continuas de cada miembro del personal médico, si su designación y funciones clínicos deben mantenerse con o sin modificaciones.	Necesario	4
Otros profesionales sanitarios		
Estándar CEP.28.		
El servicio cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).	Indispensable	4

Estándar CEP.29	Indispensable	5
El servicio tiene un proceso uniforme para identificar las responsabilidades, asignaciones y cargo de acuerdo a las credenciales de los otros profesionales sanitarios.		
CAPITULO VI		
MANEJO DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (MIC)		
Estándar MIC.1	Necesario	2
El servicio que presta servicios de salud planifica y diseña procesos de gestión de la información para satisfacer la necesidad de información interna y externa.		
Estándar MIC.2	Necesario	6
El servicio que presta servicios de salud ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de salud.		
Estándar MIC.3	Indispensable	5
Se mantiene la privacidad de la información, la confidencialidad, y la seguridad, incluyendo la integridad de los datos.		
Estándar MIC.4	Conveniente	5
La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.		

Estándar MIC.5	Conveniente	3
El Servicios prestador de servicios de salud determina el tiempo de resguardo de la información.		
Estándar MIC.6	Necesario	5
El servicio prestador de servicios de salud usa códigos de diagnóstico estandarizados y códigos de procedimientos de acuerdo con		
Estándar MIC.7	Conveniente	3
El expediente clínico de los usuarios del servicio de salud está a disposición del personal de salud que participa directamente de la atención, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.		
Estándar MIC.8.	Necesario	4
El Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente tiene como prioridad la identificación y el análisis de los eventos centinela.		
Estándar MIC.9	Necesario	10
Se notifican y analizan los eventos adversos.		
Estándar MIC.10	Indispensable	4
Se incluye en el sistema de notificación y análisis las cuasifallas.		

PARTE I

ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE.

CAPITULO I

ACCESO A LA ATENCION Y CONTINUIDAD EN SALUD (AAP).

Prestación de servicios de salud para todos los usuarios.

Objetivo: El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.

Estándar AAP.1(Indispensable).

Se presta una atención de salud uniforme a todos los usuarios y se cumple con las leyes y reglamentaciones vigentes.

Intención de AAP.1.

Los usuarios con los mismos problemas de salud y las mismas necesidades de atención tienen derecho a recibir la misma calidad de atención en todo el establecimiento. Asegurar un solo nivel de calidad de atención requiere que los jefes de los departamentos o servicios planifiquen y coordinen la atención que se le presta al usuario. Además, los líderes del departamento o servicio aseguran que el mismo nivel de atención esté disponible todos los días de la semana y en todos los turnos de cada día. Estas políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones vigentes que dan forma al proceso de atención de salud y que se desarrollan con mejores resultados en forma colaborativa. La atención uniforme del usuario se refleja en lo siguiente:

- a. El acceso a un tratamiento y atención apropiados no depende de la capacidad económica del usuario ni tampoco del origen del pago.
- b. El acceso a un tratamiento y atención apropiados a cargo de profesionales de salud capacitados sin depender del día o la hora.
- c. La gravedad del estado del usuario determina los recursos asignados para atender sus necesidades.
- d. El nivel de atención brindada a los usuarios es el mismo en todo el establecimiento.

- e. Los usuarios con las mismas necesidades de enfermería reciben niveles comparables de atención en todo el establecimiento.

Elementos medibles de AACP.1.

1. Los jefes del departamento o servicio del servicio trabajan en forma conjunta para brindar procesos de atención de salud uniformes.
2. La prestación de atención uniforme refleja las leyes y reglamentaciones locales y regionales vigentes.
3. La atención uniforme que se presta cumple con los requisitos desde el literal a) hasta el literal e) mencionados en la declaración de intención.

Estándar AACP.2(Indispensable).

Existe un proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada usuario.

Intención de AACP.2.

El proceso de atención al usuario es dinámico e implica la participación de muchos profesionales de la salud y puede involucrar múltiples ámbitos, departamentos y servicios destinados a esta. La integración y coordinación de las actividades que involucra la atención de la salud, son metas que dan por resultado procesos eficientes, una participación más efectiva de los recursos humanos y la probabilidad de mejorar los resultados para el usuario. En consecuencia, los jefes de departamento o servicio usan herramientas y técnicas para coordinar mejor la atención al usuario.

Cada profesional de la salud registra observaciones y tratamientos en la historia clínica del usuario, lo cual refleja la integración y la coordinación de su atención.

Elementos medibles de AACP.2.

1. La planificación de la prestación del servicio se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes ámbitos, departamentos y servicios.
2. Los resultados o conclusiones de todas las reuniones del equipo y las discusiones colaborativas son documentadas.

Estándar AACP.3. (Indispensable).

Un plan individualizado de atención es desarrollado y documentado para cada usuario.

Intención de AACP.3.

El plan describe la atención y el tratamiento que se brindarán a un usuario individual, identificando el conjunto de acciones que el equipo de atención médica implementará para resolver o respaldar el diagnóstico por medio de la evaluación para lograr óptimos resultados clínicos.

El proceso de planificación es colaborativo ya que involucra al usuario, su familia y al equipo de atención médica, empleando los datos obtenidos a partir de la evaluación inicial y de las evaluaciones periódicas realizadas por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para poder identificar y priorizar tratamientos, procedimientos, asistencia de enfermería y otras formas de atención para cubrir las necesidades. Este es desarrollado dentro de las 24 horas sucesivas a la hospitalización y la reevaluación del usuario es realizada por los profesionales responsables los cuales actúan según sea necesario para reflejar la evolución de este. El plan de atención diseñado para un usuario debe estar relacionado con las necesidades que se hayan identificado, estas pueden llegar a modificarse como resultado de la mejora clínica o la nueva información obtenida a partir de unas reevaluaciones de rutina o pueden deberse a un cambio repentino en el estado del usuario. El plan de atención es modificado en función de estos cambios y es registrado en la historia clínica a modo de notas incorporadas al plan inicial, o bien los cambios pueden dar por resultado un nuevo plan de atención.

Un método posible para desarrollar planes de atención es identificar y establecer objetivos medibles. Los objetivos medibles son metas realistas, observables, específicos y alcanzables relacionadas con la atención del usuario y con los resultados clínicos esperados.

Elementos medibles de AACP.3.

1. La atención de cada usuario es planificada por el médico responsable, la enfermera y otros profesionales de la salud dentro de las 24 horas de su atención.
2. El plan de atención es individualizado y se basa en los datos de la evaluación inicial del usuario y sus necesidades identificadas.

3. El plan de atención es actualizado, modificado y revisado por un profesional médico o un equipo multidisciplinario cuando sea necesario, en función de las reevaluaciones del usuario realizada por los profesionales de la salud a cargo de la atención médica.
4. El plan de atención inicial y todas las modificaciones que se le hagan son registrados en la historia clínica del usuario.
5. El plan de atención de cada usuario es revisado cuando se lo desarrolla por primera vez y cuando es modificado por un profesional médico o un equipo multidisciplinario y registrado en la historia clínica, teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en la condición del usuario.

Estándar AACP.4. (Indispensable).

El servicio desarrolla e implementa un proceso uniforme para prescribir órdenes para los usuarios.

Intención de AACP.4.

Muchas actividades relacionadas con la atención médica del usuario exigen que un profesional capacitado prescriba una orden para esa actividad que debe ser registrada en la historia clínica y otros registros de control. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo: Órdenes para análisis de laboratorio, administración de medicación, atención de enfermería específica, terapia nutricional, terapia de rehabilitación, entre otras. Las órdenes para las actividades relacionadas con la atención médica del usuario son prescritas por profesionales certificados o habilitados para ser implementadas oportunamente. Las órdenes estarán registradas en el expediente clínico para facilitar la ejecución de estas y ayudar al personal a comprender los requerimientos específicos de esta, cuándo se la debe llevar a cabo y quién la debe ejecutar. Las órdenes pueden escribirse en una planilla de órdenes que luego es transferida periódicamente a la historia clínica del usuario o en el momento en que se da el alta, o bien, mediante un sistema computarizado, en aquellos establecimientos.

Elementos medibles de AACP.4.

1. El servicio desarrolla e implementa un proceso uniforme para prescribir órdenes para los usuarios.
2. Las órdenes para diagnóstico por imágenes o pruebas de laboratorio incluyen una justificación o indicación clínica cuando esto es necesario para su interpretación.
3. Las órdenes son prescritas únicamente por quienes están certificados o habilitados para hacerlo.
4. Las órdenes se encuentran dentro de una ubicación uniforme dentro de la historia clínica o del expediente clínico de los usuarios.

Estándar AACP.5. (Indispensable).

Los procedimientos y tratamientos clínicos y diagnósticos realizados, así como también los resultados obtenidos se registrarán en el expediente clínico del usuario.

Intención de AACP.5.

Los procedimientos y tratamientos que serán registrados en el expediente clínico del pueden ser: Endoscopías, cateterismo cardíaco, radioterapia, exámenes por tomografía computarizada, y otros procedimientos y tratamientos de diagnóstico invasivos y no invasivos. La información acerca de quién solicitó el procedimiento o el tratamiento y la razón por la cual estos fueron solicitados figuran en la documentación.

Elementos medibles de AACP.5.

1. Los procedimientos y tratamientos realizados son registrados en el expediente clínico del usuario.
2. El motivo y la persona que solicitó el procedimiento o tratamiento serán registrados en el expediente clínico del usuario.

Atención médica de pacientes de alto riesgo.

Objetivo: El servicio le da alta importancia a los procesos asistenciales y a la detección del paciente de alto riesgo, a través de un programa cuyo objetivo sea la seguridad de los pacientes a través de la prevención de la ocurrencia de eventos adversos y errores para minimizar su ocurrencia; debiendo reconocerse que se trata de una labor compleja que debe involucrar a todas las unidades, o áreas para que participen en el proceso.

Estándar AACP.6. (Indispensable)

La atención médica de los pacientes de alto riesgo es guiada por directrices de práctica profesional, leyes y reglamentos vigentes nacionales e internacionales

Intención de AACP.6.

Los establecimientos brindan servicios a usuarios con diversas necesidades de atención médica. Se considera que algunos son de alto riesgo debido a su edad, su afección, o a la naturaleza crítica de sus necesidades. Los niños, mujeres embarazadas, pacientes con discapacidades y los adultos mayores son generalmente incluidos en este grupo, de la misma manera, el usuario que se encuentra en estado de shock emocional, asustado, confundido, en estado de coma o en estado de emergencia no es capaz de comprender el proceso de atención médica cuando se lo debe atender en forma rápida y efectiva.

Los establecimientos también brindan diversos servicios, algunos de los cuales se consideran de alto riesgo debido a la compleja tecnología médica necesaria para tratar una afección que pone en riesgo la vida, la naturaleza del tratamiento, el potencial daño para el usuario o los efectos tóxicos de ciertas medicaciones de alto riesgo.

Las políticas, procedimientos y directrices para gestionar la atención médica de estos usuarios son herramientas importantes para que el personal comprenda y responda de manera rigurosa, competente y uniforme. La alta dirección del servicio es responsable de identificar a los usuarios y los servicios que se consideran de alto riesgo dentro del establecimiento, utilizando un proceso colaborativo para desarrollar directrices y procedimientos para la atención médica, dichos procedimientos permiten identificar cómo tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de las diferencias entre las poblaciones adultas y pediátricas u otras consideraciones especiales, y capacitar al personal en la implementación de esas directrices y procedimientos.

Las directrices, procedimientos y los servicios para la atención médica deben ser diseñados de acuerdo con las características particulares de cada población de riesgo para que resulten apropiados y efectivos.

Cuando se brinda atención médica a usuarios de alto riesgo el servicio establece e implementa directrices y procedimientos para los servicios prestados y los usuarios atendidos. Los servicios de alto riesgo están destinados a:

- a. Usuarios de emergencia, en estado de coma o soporte vital.
- b. Atención de usuario con enfermedades transmisibles, inmunodeprimidos; pacientes inmovilizados; en tratamientos oncológicos.
- c. Atención de poblaciones vulnerables (adultos, niños, mujeres embarazadas en cualquier edad gestacional).
- d. Paciente con polifarmacia o múltiples comorbilidades.
- e. Personas discapacidades.
- f. Pacientes en situación de paro cardio-respiratorio.
- g. Aquellos que requieran transfusión de sangre o hemoderivados de urgencia.
- h. Los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos.
- i. Pacientes en programas de diálisis.
- j. Pacientes psiquiátricos que requieren sujeción.
- k. Los adultos mayores delicados y dependientes.
- l. Pacientes que se encuentran en riesgo de abuso.

La alta dirección del servicio también identifica otro riesgo como resultado de cualquier procedimiento o del plan de atención médica (por ejemplo, la necesidad de prevenir trombosis venosas profundas, úlceras de decúbito, e infecciones nosocomiales asociadas con la ventilación en usuarios que se encuentran en soporte vital; lesión circulatoria y neurológica en usuarios inmovilizados; exposición a la sangre en usuarios en tratamiento de diálisis; infecciones por vía central y caídas). Cuando se presentan estas situaciones, es necesario controlar y prevenir estos riesgos capacitando al personal y desarrollando las políticas, directrices y procedimientos más apropiados.

Elementos medibles de AACP.6.

1. La alta dirección del servicio ha identificado los usuarios y servicios de alto riesgo.
2. Cuando el servicio presta servicios de alto riesgo, la alta dirección establece e implementa directrices y procedimientos para su prestación y para la atención de los usuarios de alto riesgo como se describe en los literales de la a) hasta e) de la intención del estándar.
3. El personal ha sido capacitado e implementa las directrices y los procedimientos para brindar atención médica.

4. La alta dirección del servicio identifica otros riesgos que pueden afectar a los usuarios y servicios de alto riesgo.
5. La evaluación de los servicios de alto riesgo se incluye en el programa de mejora de la calidad del establecimiento.

Reconocimiento de cambios en la condición del paciente.

Objetivo: Dentro de la normativa del servicio se debe llevar un registro escrito o virtual de los cambios efectuados en el estado de la persona para dejar constancia de los problemas presentados a lo largo de su estancia o atención recibida, como evidencia de información científico legal.

Estándar AACP.7. (Indispensable).

El personal de salud se encuentra capacitado para reaccionar frente a los cambios que se produzcan en la condición del usuario.

Intención de AACP.7.

El personal que no trabaja en áreas críticas de la atención de salud puede carecer de conocimiento y capacitación adecuados para evaluar y monitorizar a los usuarios con enfermedades críticas. Sin embargo, un número significativo de usuarios que se encuentran fuera de las áreas críticas experimentan eventos críticos cuando están hospitalizados. La literatura identifica criterios fisiológicos que pueden resultar útiles para el personal a la hora de detectar en forma temprana a los usuarios cuyo estado de salud se está deteriorando. La mayoría de los usuarios que experimentan un paro cardiopulmonar o respiratorio demuestran un deterioro clínico antes del paro. Cuando el personal puede identificar a estos usuarios en forma temprana y solicitar atención adicional de profesionales especialmente capacitados, los resultados clínicos mejoran.

El cien por ciento del personal de salud necesita educación continua y capacitación para alcanzar el conocimiento y las competencias para reconocer e intervenir cuando las evaluaciones de los usuarios muestran signos fisiológicos que están fuera de lo normal, lo que indica un potencial deterioro. La respuesta temprana a los cambios en la condición del usuario es de importancia para evitar un mayor deterioro potencial. Los establecimientos que desarrollan un abordaje sistemático para reconocer e intervenir rápidamente con los usuarios cuya condición presenta

signos de deterioro progresivo pueden reducir el índice de paros cardiorrespiratorios y mortalidad del usuario.

Elementos medibles de AACP.7.

1. El servicio desarrolla e implementa un proceso sistemático para que el personal pueda reconocer y actuar cuando la condición de un usuario muestra signos de deterioro.
2. El servicio desarrolla e implementa criterios documentados que describen signos de alerta tempranos que muestran un cambio o un deterioro en la condición del usuario y que indican cuándo buscar más ayuda.
3. En función de los criterios de alerta temprana del establecimiento, el personal busca asistencia adicional con los expertos del área de acuerdo con las necesidades del usuario en el momento en que la condición del usuario se deteriora.
4. El servicio informa al usuario y a su familia cómo se solicitará asistencia cuando la condición del usuario se deteriora.

Atención en los servicios de Reanimación.

Objetivo: La organización que brinda el servicio define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes a quienes necesitaran reanimación cardiopulmonar.

Estándar AACP.8. (Indispensable).

Los servicios de reanimación cardiopulmonar están disponibles en todo el establecimiento.

Intención de AACP.8.

Los servicios de reanimación cardiopulmonar se pueden definir como intervenciones clínicas para la atención de salud de urgencia o emergencia en usuarios que experimentan un evento crítico que pone en riesgo su vida (por ejemplo, un paro respiratorio o cardíaco). Cuando se produce un paro cardíaco o respiratorio, el inicio inmediato de las maniobras de soporte cardiorrespiratorio puede significar la diferencia entre la vida y la muerte o, al menos, contribuyen a evitar una disminución en las probabilidades de sobrevivencia, una discapacidad, disminución de la calidad de vida o un daño cerebral potencialmente grave.

La reanimación cardiopulmonar exitosa de usuarios con paro cardiorrespiratorio depende de intervenciones de importancia crítica, como la desfibrilación y la

implementación precisa de soporte vital avanzado. Estos servicios deben estar disponibles para todos los usuarios, las 24 horas del día, todos los días. Es esencial para poder realizar estas intervenciones críticas, que la tecnología médica sea estandarizada, que la medicación necesaria para la reanimación esté disponible y que el personal esté debidamente capacitado para realizar la reanimación cardiopulmonar crítica.

El proceso de soporte vital avanzado debe llevarse a cabo en menos de 5 minutos, esto puede incluir revisiones de las reanimaciones incluyendo las postmortem realizadas a los usuarios, así como también formación con simulacros de respuesta frente a paro cardíaco. Los servicios de reanimación disponibles en el establecimiento, incluyendo la tecnología médica y el personal adecuadamente certificado con ABLS (Soporte vital Básico) y ACLS (Soporte Vital Avanzado) deben estar basados en la evidencia clínica y en la población asistida (por ejemplo, si el servicio tiene una población pediátrica, debe contar con tecnología médica para reanimación cardiopulmonar pediátrica).

Elementos medibles de AACP.8.

1. Verificar que todo el personal del servicio esté debidamente certificado con ABLS (Soporte vital Básico) y ACLS (Soporte Vital Avanzado) con sus atestados correspondientes.
2. Los servicios de reanimación están disponibles para todos los usuarios las 24 horas del día, todos los días, en las áreas críticas del establecimiento.
3. El equipamiento de reanimación y la medicación necesaria para soporte vital básico y avanzado se encuentran estandarizadas y están disponibles para el uso de acuerdo con las necesidades de la población asistida.
4. En todas las áreas del establecimiento, el soporte vital avanzado se implementa inmediatamente cuando se reconocen signos de paro cardíaco o respiratorio en menos de 5 minutos.

Estándar AACP.9. (Indispensable)

Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación y administración de sangre y hemoderivados.

Intención de AACP.9.

La sangre debe administrarse de acuerdo con los estándares de práctica y en forma consistente, a fin de asegurar la seguridad del receptor. Por lo tanto, las directrices y procedimientos clínicos describen el proceso para:

- a. Suministro de sangre a partir del banco de sangre o del área de almacenamiento de la sangre;
- b. Identificación del usuario en por lo menos dos registros diferentes;
- c. Administración de la sangre.
- d. Monitorización del usuario.
- e. Identificación y respuesta a los signos de reacciones potenciales frente a las transfusiones.

Una persona con formación, conocimiento y experiencia para supervisar la administración de la sangre y de los hemoderivados verifica que los procesos, procedimientos y las directrices clínicas para las transfusiones sean definidos e implementados.

Elementos medibles de AACP.9.

1. El servicio debe contratar profesionales con formación, conocimiento y experiencia para supervisar la administración de la sangre y de los hemoderivados.
2. Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados.
3. Las directrices y los procedimientos clínicos guían el proceso como se menciona en los literales de la a) hasta e) mencionados en la intención del estándar.

Estándar AACP.10. (Indispensable).

Se cuenta con personal certificado para brindar soporte vital avanzado.

Intención de AACP.10.

En un servicio de atención médica es sumamente importante contar con personal clínico certificado para brindar soporte vital avanzado, esta competencia es indispensable para personal que labora en áreas críticas. En estas áreas se cuenta permanentemente con personal que cuente con esta certificación vigente, se consideran áreas críticas:

- a) Las unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales).
- b) Los servicios de urgencias o emergencias (adultos y pediátricos).
- c) La organización realiza un análisis multidisciplinario para definir si en otras áreas es necesario.
- d) Contar con personal certificado vigente en soporte vital avanzado.
- e) Para lograr este fin, cada organización elabora un programa estructurado de certificación propio o subrogado en soporte vital avanzado, que incluye, al menos, lo siguiente:

La selección de personal que requiere la certificación en soporte vital avanzado, de acuerdo con las áreas críticas identificadas, en las cuales se incluyen al menos las unidades de cuidados intensivos y los servicios de urgencias o emergencia.

- a) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo con las necesidades identificadas.
- b) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
- c) La capacitación acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido.
- d) La evaluación que demuestre que cada persona que se certifique logra el nivel de competencia deseada.
- e) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal certificado, a través de simulacros.
- f) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño.
- g) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta certificación.
- h) El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el responsable sanitario.
- i) Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado por la máxima autoridad de este.

Elementos Medibles de AACP.10.

La organización ha identificado las áreas críticas en donde es necesario contar permanentemente con personal certificado en soporte vital avanzado, que debe incluir:

1. La selección de personal que requiere capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, de acuerdo con las áreas críticas identificadas.
2. La integración de equipos de reanimación, de acuerdo con las necesidades identificadas.
3. La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
4. La capacitación acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido.
5. La evaluación que demuestre que cada persona que se certifique logre el nivel de competencia deseado.
6. La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal certificado, a través de simulacros.
7. La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y por consiguiente a la evaluación del desempeño.
8. La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta certificación.
9. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización.
10. El programa deberá estar implementado.
11. El personal de las áreas críticas identificadas deberá contar con la certificación vigente.

Atención prehospitalaria.

Objetivo: Brindar atención efectiva al paciente con emergencias y urgencias para disminuir la discapacidad y aumentar la sobrevivencia antes de ser atendidos en un servicio de salud según su condición.

Estándar AACP.11 (Indispensable).

Cumplir con tiempos efectivos de respuesta al paciente con situación de urgencia grave o emergencia con el objetivo de disminuir la discapacidad y aumentar la sobrevivencia.

Intención de AACP .11.

La atención de los pacientes con las patologías catalogadas como urgencia o emergencia que requieren una rápida actuación las cuales deben ser atendidas inmediatamente, ya que tiene relación directamente proporcionalmente con la sobrevivencia y el grado de discapacidad posterior. Los pacientes clasificados como nivel II al V por la escala correspondiente de Triage en los que se inicia la atención

médica en menos de 15 minutos que presentan condiciones clínicas suponen un riesgo potencial para la vida, función o integridad de una extremidad y que requieren de una atención prehospitalaria rápida lo que contribuirá a la reducción de complicaciones y secuelas subsecuentes así como grados de discapacidad que se pueden prevenir en caso de emergencias médicas, mediante la atención inmediata, oportuna de calidad. Para proveer atención prehospitalaria de calidad se debe proporcionar el transporte inmediato a las personas que lo requieran, dando seguimiento a la continuidad asistencial, a través de mecanismos de coordinación con las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y disponer de profesionales especializados y certificados, en materia de emergencias médicas.

Elementos Medibles AACP.11.

1. Registran la efectividad de respuesta a través de algún tipo de monitoreo.
2. Existe un protocolo para mejorar los tiempos de respuesta.

Estándar AACP.12. (Indispensable).

Para realizar una adecuada asistencia al paciente de urgencias prehospitalaria es preciso contar con los recursos materiales necesarios y transporte adecuado adaptados a la idiosincrasia de cada paciente a ser atendido.

Intención de AACP.12.

Si el servicio presta en su portafolio de servicios la atención prehospitalaria, cuenta con un procedimiento de soporte sistematizado dirigido a garantizar la operatividad de los recursos, la dotación y el perfecto estado de funcionamiento de equipos, instrumentos y productos sanitarios, diariamente. El procedimiento permite notificaciones en tiempo real a todos los miembros de un equipo de cualquier incidencia respecto a material o equipos de las unidades de transporte, para evitar que durante la preparación rápida de los fármacos y su administración se presente el menor riesgo de errores y más seguridad cuando esta descrita en la propuesta de protocolo de revisión del material pre y post asistencia para ello la revisión del material debe realizarse de una forma sistemática de forma periódica (según los pacientes atendidos en cada caso) y al menos antes y después de cada asistencia, siendo de gran ayuda las listas de comprobación.

Elementos Medibles de AACP.12.

1. Existe disponibilidad de transporte extrahospitalario del domicilio o lugar donde está el paciente hasta el centro de atención con el nivel resolutivo competente para la atención requerida.
2. El establecimiento cuenta con el tipo de transporte disponible de acuerdo con el servicio de emergencia que oferta según la urgencia de cada paciente.
3. El servicio cuenta con los insumos, medicamentos y equipo biomédico de urgencias en el transporte según la atención que oferta.
4. Las mochilas o maletas contienen el material específico para la atención en especial para el manejo de la vía aérea y la oxigenación/ventilación, material para acceso circulatorio, así como los fármacos de primera línea.

Estándar AACP .13. (Indispensable).

Existencia de protocolos clínicos de las patologías de emergencia y urgencia más frecuentes de la atención prehospitalaria.

Intención de AACP.13.

La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos, y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

La relación de protocolos tiene que incluir como mínimo los correspondientes a las patologías de urgencia más frecuentes con los contenidos mínimos de todo protocolo como son los métodos diagnósticos, terapéuticos invasivos o no invasivos que ayudan a la toma de decisiones.

Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos, apropiados para la situación alimentaria del usuario y coherente con su atención médica.

Elementos medibles de AACP .13.

1. El servicio cuenta con guías de manejo o protocolos clínicos para la atención de las patologías de urgencia y emergencia.
2. Los protocolos y guías de manejo se actualizan de inmediatamente a la expiración de su vencimiento.

3. El personal involucrado es capacitado teórica y prácticamente para la aplicación de las guías y protocolos clínicos.

Estándar AACP .14. (Indispensable).

El servicio cuenta con políticas, normativa y estrategias institucionales de atención prehospitalaria.

Intención de AACP. 14.

Las normativas protocolos y políticas son necesarias para el eficiente actuar de un sistema de atención prehospitalario, desde la atención que amerita transporte con primeros auxilios y personal paramédico, hasta la atención de patologías críticas de gran complejidad que requieren equipo especial y personal médico especializado.

Permite que exista una adecuada descripción de los procesos y procedimientos oportunos de todos los actores del Sistema Integrado de Salud en el momento de la atención de urgencias.

Elementos Medibles de AACP .14.

1. Se ejecutan los lineamientos de coordinación para la prestación de servicios de emergencias y urgencias médico-quirúrgicas, con las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, en la continuidad de la atención según los las políticas procedimiento.
2. Se cuenta con estrategias de gestión necesarios que posibiliten el funcionamiento óptimo de la atención prehospitalaria.
3. Se cuentan con los procesos y procedimientos para la continuidad asistencial, en coordinación con los servicios prehospitalarios y hospitalarios de las diferentes instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y la comunidad.

Estándar AACP.15. (Indispensable).

Proporcionar atención de emergencias médicas contando con profesionales certificados en ABS y ACLS para la atención prehospitalaria.

Intención de AACP 15.

Este estándar ayuda a valorar un componente de la calidad en la atención sobre el impacto en la salud de los pacientes de urgencias y emergencias.

Elementos Medibles de AACP .15.

1. Su personal de atención prehospitalaria está debidamente certificado en la atención de patologías de emergencia médica o quirúrgica, Basic Life Soporte y Avanzado.

2. El servicio establece cada año los requisitos de capacitación técnica del personal responsable de los servicios para la atención prehospitalaria.

Estándar AACP 16. (Indispensable).

Contar con los medios de transporte adecuados para el traslado de personas en riesgo.

Intención de AACP .16.

Los medios de transporte deben cumplir con los requisitos y características indispensables que permita minimizar la mortalidad y los riesgos de discapacidades que disminuya la calidad de vida de las personas.

El tipo de ambulancias son asignadas y activadas de acuerdo con la tipificación de la llamada, categorizando cada demanda según la complejidad de la emergencia médica que presente la persona, que sea atendida de manera inmediata, transportada de forma segura y entregada estable al profesional responsable en la unidad de emergencias del hospital de destino, asegurando así la continuidad de la atención.

El proceso de derivación de los pacientes de un centro de atención incluye tener en cuenta sus necesidades de transporte y garantizar su traslado a casa o al siguiente dispositivo de atención de manera segura. En particular, es necesario considerar las necesidades de transporte de aquellos pacientes que necesitan asistencia. Por ejemplo, los pacientes que vienen de centros de larga estancia o centros de rehabilitación para recibir servicios ambulatorios o evaluación en el servicio de urgencias pueden llegar en ambulancia o en cualquier otro vehículo sanitario. Una vez que se haya completado el servicio, el paciente puede necesitar asistencia con el transporte de regreso a su casa u otro centro.

Elementos Medibles de AACP.16.

1. Los medios de transporte deben cumplir con los requisitos y características indispensables de acuerdo con el tipo de pacientes a quienes se les brindará atención según el portafolio de servicios del establecimiento.
2. Existe un sistema de categorización de acuerdo a cada demanda según la complejidad de la emergencia médica que presente la persona para poder asignar el tipo de transporte.
3. Los transportes para emergencias y urgencias médicas cuentan con todo el equipo biomédico, equipo médico quirúrgicos, insumos y medicamentos

necesarios de acuerdo con la tipificación y categorizando de la llamada como la complejidad de la emergencia médica.

Atención al final de la vida. Cuidados paliativos.

Objetivo: Abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan la enfermedad como de su familia; mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.

Estándar AACP.17. (Necesario).

El servicio brinda atención al final de la vida.

Intención de AACP.17.

Los usuarios que se encuentran en el final de su vida tienen necesidades únicas de recibir una atención respetuosa y compasiva. Para brindar este tipo de atención, todo el personal de salud es consciente de las necesidades únicas que experimentan los usuarios en esta etapa del ciclo de la vida. La preocupación por la comodidad y la dignidad del usuario debe guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de su vida. Esta atención incluye:

1. La prestación del tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del usuario y de su familia;
2. Existen profesionales capacitados para la atención sensible de temas como la autopsia y la donación de órganos;
3. El respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del usuario;
4. La participación del usuario y de su familia en todos los aspectos de la atención
5. La respuesta a las inquietudes psicosociales, emocionales, espirituales y culturales del usuario y de su familia.
6. Establecer un equipo multidisciplinario capacitado en cuidados paliativos.
7. Para lograr estos objetivos, todo el personal recibe capacitación respecto de las cuestiones concernientes a las necesidades únicas de los usuarios y de sus familias cuando llega el final de la vida.
8. El servicio evalúa la calidad de la atención en esta etapa a través de las percepciones de la familia y del personal respecto de la atención brindada.

Elementos medibles de AACP.17.

1. El personal recibe capacitación respecto de las cuestiones concernientes a las necesidades únicas de los usuarios y de sus familias cuando llega el final de la vida.
2. La atención que presta el servicio que brinda estos servicios atiende las necesidades de los usuarios terminales, al menos incluye la evaluación de los elementos mencionados en los literales del 1) hasta el literal 8) que se mencionan en la declaración de intención.

Estándar AACP.18. (Necesario).

La atención del usuario terminal optimiza su comodidad y dignidad.

Intención de AACP.18.

El servicio asegura una atención adecuada a través de los cuidados paliativos a quienes padecen dolor o están muriendo, mediante intervenciones para manejo del dolor, los síntomas primarios y secundarios; así como prevención de síntomas y complicaciones; intervenciones que se ocupan de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales relativas a la muerte y al duelo; intervenciones que se ocupan de las inquietudes religiosas y culturales del usuario y de su familia; y participación del usuario y su familia en las decisiones relativas a la atención.

Elementos medibles de AACP.18.

1. Se realizan intervenciones para gestionar el dolor y los síntomas primarios y secundarios de las diferentes comorbilidades.
2. Se previenen síntomas y complicaciones en la medida que sea razonablemente posible.
3. Las intervenciones se ocupan de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales relativas a la muerte y al duelo.
4. Las intervenciones se ocupan de las inquietudes culturales y religiosas del usuario y su familia.
5. El usuario y su familia participan en las decisiones relativas a la atención.

CAPITULO II.

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y LAS FAMILIAS (DPF).

Objetivo: Promover los derechos y la atención centrada en el paciente, definiendo la participación de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre la atención.

Estándar DPF.1. (Indispensable).

El servicio cuenta con servicios que implementan efectivamente las políticas y procedimientos que garantizan la igualdad en la atención de los usuarios.

Intención de DPF.1.

Todos los usuarios tienen derecho a obtener atención sin distinción alguna, y de la misma calidad. Las políticas y procedimientos del servicio aseguran una atención uniforme y en condiciones de igualdad para todos los usuarios. La dirección se asegura que la misma calidad de atención esté disponible todos los días de la semana o en los turnos correspondientes.

A los equipos multidisciplinares se les enseña a comprender y a respetar las creencias y valores de los pacientes y a proporcionar una atención considerada y respetuosa que promueva y proteja la dignidad y la autoestima de los pacientes.

La visión de la entidad de salud deberá incluir:

1. La identificación, protección y promoción de los derechos de los pacientes;
2. La comunicación a los pacientes de sus derechos;
3. Promover la participación de la familia, cuando sea adecuado, en las decisiones sobre la atención al paciente;
4. Obtener el consentimiento informado; y
5. Educar al personal sobre los derechos de los pacientes.

La manera en que estos procesos se llevan a cabo en una organización depende de la legislación y normativa nacionales y de aquellas convenciones, tratados o acuerdos sobre derechos humanos suscritos por el país.

Estos procesos están establecidos por la organización y como proporciona atención sanitaria de una manera equitativa, considerando la estructura del sistema de provisión de servicios sanitarios y los mecanismos de financiación de la atención sanitaria del país.

Elementos Medibles de DPF.1.

1. Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la igualdad de acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes.
2. La entidad proporciona una atención igualitaria y sin discriminación basada en la edad, la raza, el origen étnico, la religión, la cultura, el idioma, la discapacidad física o mental, el sexo, la orientación sexual y la identidad o expresión de género. La atención y tratamiento no dependen de la capacidad económica de los usuarios ni de otras condiciones de nacionalidad, género, religión, políticas, o alguna otra condición especial.
3. La atención no depende de la capacidad económica del usuario ni de la fuente de pago del servicio.
4. La atención es brindada por personal de salud calificado.
5. El diagnóstico clínico es el que determina la atención de salud prestada a los usuarios.
6. Se mantiene la misma calidad de atención en todas las áreas.

Estándar DPF.2. (Indispensable).

El servicio cuenta con servicios que brindan una atención en salud humanizada que respeta la dignidad, los valores personales y las creencias del usuario, respetando la privacidad y la confidencialidad de la atención y la información. Asimismo, se deben garantizar condiciones dignas durante la atención que permitan a los usuarios un ambiente tranquilo y seguro.

Intención de DPF.2.

Todos los usuarios tienen derecho a recibir una atención humanizada con respeto a sus creencias y tradiciones. La dirección garantiza el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes relacionadas al derecho a la privacidad y confidencialidad del usuario en la prestación del servicio de salud.

Elementos Medibles de DPF.2.

1. La información se maneja de acuerdo con las leyes vigentes nacionales o internacionales.
2. Se trata a los usuarios con dignidad y respeto.
3. Se respetan los valores, creencias y preferencias culturales y personales de los usuarios.

4. Se permite que los usuarios mantengan y utilicen ropa personal o posesiones, siempre y cuando no interfieran con la atención médica o los derechos de otros y no transgredan las políticas del establecimiento.
5. Se permite que los pacientes reciban y restrinjan visitantes.
6. Se permite o se proporciona al usuario la posibilidad de comunicarse con sus familiares de acuerdo con las políticas del establecimiento.
7. Se mantiene la privacidad en los procedimientos realizados.
8. Se garantiza la confidencialidad de la información (Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, 2016).

Estándar DPF.3. (Necesario).

El servicio busca reducir las barreras físicas, de accesibilidad, lingüísticas, culturales y las demás que afecten el acceso a la prestación del servicio de salud.

Intención de DPF.3.

Los establecimientos de salud prestan servicios a comunidades con características diversas. Los usuarios pueden ser adultos mayores, personas con discapacidad, hablar otro idioma o dialecto, discapacidad del lenguaje, presentar una diversidad cultural u otras condiciones que pueden dificultar el acceso a la atención de salud. La dirección ha considerado estas situaciones y ha implementado procesos o procedimientos para eliminarlas o reducir su impacto en el momento de la admisión y en la prestación del servicio.

Elementos Medibles de DPF.3.

1. Todos los usuarios pueden tener acceso a la prestación del servicio de salud.
2. Se cuenta con procesos para identificar las barreras de acceso en la población usuaria del servicio de salud.
3. Existen procedimientos que permitan superar o minimizar las barreras que afectan el acceso a la prestación del servicio.
4. Se cuenta con accesos directos, apropiados y seguros a las instalaciones del servicio de salud.
5. Se cuenta con accesos y rampas especiales para usuarios con algún tipo de dificultad de movilidad o discapacidad.
6. Se establece una comunicación efectiva con el usuario.
7. Se proporciona la información de la atención en forma adecuada a la edad, el idioma y la capacidad de comprensión del usuario.

8. Se proporciona interpretación y traducción de idiomas para la comunicación con los usuarios si es necesario.
9. Se proporciona la información relacionada a la atención de una manera que satisfaga las necesidades de los usuarios si tienen deficiencias visuales, del habla, auditivas o cognitivas.

Estándar DPF.4. (Indispensable).

El consentimiento informado se obtiene a través de un proceso definido por el servicio de salud y llevado a cabo por personal calificado de una manera y un lenguaje que el usuario pueda comprender.

Intención de DPF.4.

Todo procedimiento de atención en salud es acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de haber recibido toda la información adecuada, suficiente y continua respecto a dicho procedimiento, sus efectos y las posibles alternativas; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin y en cumplimiento a las leyes y reglamentos vigentes.

Elementos Medibles de DPF.4.

1. Se cuenta con un proceso un proceso definido para la obtención del consentimiento informado.
2. Existe una comunicación efectiva y clara entre el personal de salud y el paciente o su representante, en el momento de la obtención del consentimiento informado.
3. Los usuarios participan en las decisiones sobre su cuidado.
4. El usuario es informado del propósito, la duración y los procedimientos involucrados.
5. El usuario está informado de los riesgos y los resultados imprevistos de la atención.
6. El usuario está informado de las alternativas razonables a la atención propuesta, si las hubiere.
7. Los usuarios pueden rechazar el cuidado o la atención de salud, salvo las situaciones estipuladas en las leyes vigentes.
8. Los usuarios pueden tener un sustituto de la toma de decisiones si no pueden tomar decisiones por sí mismos.

9. Se cuenta con un formulario estandarizado para la obtención del consentimiento informado.
10. Se documenta adecuadamente el consentimiento informado, el consentimiento de investigación y las instrucciones anticipadas.

Estándar DPF.5. (Indispensable).

El servicio es responsable de que en sus servicios de salud se apliquen procesos que aseguren el respeto de los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

Intención de DPF.5.

Los directivos del servicio son los responsables de la manera en que el servicio trata a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que conozcan y comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que las responsabilidades de su servicio tal como se identifican en las leyes, reglamentaciones y normativas correspondientes. Asimismo, deben generar las condiciones para que se cumplan y se protejan dichos derechos y que su personal esté informado y capacitado para ello.

Elementos Medibles de DPF.5.

1. Los directivos comprenden y protegen los derechos de los pacientes y sus familiares tal como están identificados en las leyes y reglamentaciones.
2. Se cuenta con una política, reglamento o lineamiento sobre los derechos de los pacientes que cumple las leyes vigentes.
3. El usuario conoce el nombre del médico que lo atiende, o de cualquier otra persona que le brinde atención de salud.
4. Se proporciona información a los usuarios sobre sus derechos y responsabilidades.
5. Se respeta el derecho de los usuarios, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros.
6. El personal está informado sobre las políticas y procedimientos relacionados con los derechos del paciente y pueden explicar sus responsabilidades en cuanto a la protección de dichos derechos.
7. Se cuenta con información visible y accesible relacionada a los derechos de los usuarios. Por ejemplo: Carta de derechos en lugares visibles.

8. Se permite que los usuarios puedan solicitar y acceder a información sobre su estado de salud.
9. Se permite que esté presente un miembro de la familia u otra persona en los casos sea necesario y según las políticas del establecimiento.
10. Se permite que la familia se involucre en las decisiones sobre la atención según lo acordado por el paciente.
11. Se informa de manera efectiva a los usuarios sobre riesgos y beneficios de la participación en investigación y ensayos clínicos cuando fuere el caso.
12. El usuario puede elegir y comunicarse con sus proveedores privados de atención de salud, y en el sector público de acuerdo con la capacidad instalada de cada establecimiento.
13. Se cumplen las instrucciones anticipadas de usuario en caso de fallecimiento de conformidad con la ley y las capacidades del servicio de salud.
14. Se honran los deseos de los usuarios sobre la donación de órganos, de acuerdo con la ley y las capacidades de la organización.
15. Los usuarios tienen acceso a mecanismos de protección y defensa de sus derechos dentro del establecimiento, definidos por la alta dirección.
16. La organización del servicio de salud investiga y denuncia los casos sospechosos de abuso, negligencia o violación de derechos, de acuerdo con las leyes y según corresponda.

Estándar DPF.6. (Necesario).

Los servicios informan a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención en salud; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.

Intención de DPF.6.

Los pacientes tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, y que éstas sean revisadas y resueltas. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o terceros que deben tomar decisiones; estos dilemas pueden surgir en el proceso de atención y pueden ser particularmente difíciles de resolver. La dirección del servicio debe contar con procesos definidos para atender y resolver las quejas de los usuarios.

Elementos Medibles de DPF.6.

1. Se cuenta con procesos definidos para la resolución de conflictos y quejas de los usuarios.
2. Se informa a los usuarios sobre su derecho a manifestar una queja y el procedimiento para realizarlo.
3. Se informa al paciente sobre su derecho a una segunda opinión y se realizan las acciones necesarias para garantizar su cumplimiento de acuerdo con la capacidad del establecimiento.

Estándar DPF.7. (Indispensable).

Se garantiza a los usuarios que sus quejas sean escuchadas, revisadas y, cuando sea posible, resueltas. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Intención de DPF.7.

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en todo el establecimiento. A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos. Las políticas y procedimientos dan cumplimiento a lo señalado en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

- a) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, (por ejemplo, a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio, o pago en efectivo).
- b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos calificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
- d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.

Elementos Medibles de DPF.7.

1. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.
2. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los siguientes requisitos:
 - a) El acceso a la atención y tratamiento adecuados no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago.
 - b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos calificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
 - c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
 - d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.

Estándar DPF.8. (Indispensable).

Los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores, pacientes embarazadas, niños y demás población en riesgo obtienen la protección adecuada.

Intención de DPF.8.

Cada servicio identifica sus grupos de pacientes vulnerables y en riesgo, e implementa procesos para proteger sus derechos; el personal comprende sus responsabilidades en estos procesos. Como mínimo, están protegidos los niños, las personas con discapacidad, los adultos mayores, las pacientes embarazadas y demás población en riesgo identificada. Dicha protección va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: La protección contra el abuso, la atención negligente e impericia, la negación de servicios o la asistencia en caso de urgencias y emergencias.

Elementos Medibles de DPF.8.

1. El servicio identifica sus grupos de pacientes vulnerables.
2. Los niños, las personas con capacidades diferentes, los adultos mayores, las pacientes embarazadas y demás personas vulnerables identificadas, se encuentran protegidas.
3. El personal comprende sus responsabilidades en el proceso de protección.

Estándar DPF.9. (Indispensable).

Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Intención de DPF.9.

El servicio es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de bebés, niños, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o que no puedan manifestar su necesidad de pedir ayuda. El servicio procura evitar las agresiones a través de procesos tales como la investigación de las personas que se encuentren dentro del servicio sin la debida identificación, el control de las áreas que sean remotas o estén aisladas de la instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos medibles de DPF.9.

1. El servicio cuenta con un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de bebés, niños, adultos mayores y demás personas con capacidades diferentes o con limitaciones para protegerse.
3. Existe un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.
4. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.
6. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación.

CAPITULO III.

EVALUACIÓN OPORTUNA DEL PACIENTE (EOP).

Objetivo :Dentro de la política del servicio el paciente debe ser atendido en el menor tiempo posible para no comprometer su vida ni exponerlo a eventos adversos mediante un personal que cuente con los instrumentos necesarios para la valoración y juicio crítico sobre la selección y clasificación del paciente, actualización y adaptación de los protocolos de acuerdo con el nivel de complejidad y capacidad instalada del establecimiento, indicadores y monitoreo, como una labor de autocontrol institucional.

Estándar EOP.1. (Indispensable).

Identificar las necesidades de atención de salud en todos los usuarios atendidos por el servicio mediante un proceso de evaluación definido.

Intención de EOP.1.

Un proceso efectivo de evaluación del usuario facilita las decisiones sobre las necesidades de tratamiento inmediato y continuo del usuario en caso de atención planificada, opcional o de emergencia, tanto con usuarios ambulatorios como con usuarios hospitalizados.

Cuando un usuario ha sido registrado o admitido al servicio para un tratamiento ambulatorio o que requiere de su hospitalización, es necesario realizar una evaluación completa relacionada con las razones por las que el usuario requiere de atención de salud. La información específica que el servicio requiere en esta etapa de evaluación, y los procedimientos para obtener dicha información, dependen de las necesidades del usuario y del ámbito en el que se esté prestando la atención. Las políticas y procedimientos del servicio definen cómo funciona este proceso y qué información debe ser recogida y documentada, tomando en cuenta el contenido mínimo de las evaluaciones que deben ser realizadas por el personal de salud. Solo realizan evaluaciones personas capacitadas. Todos los formularios de evaluación usados para realizar las evaluaciones son consistentes con la política del establecimiento. El servicio define las actividades de evaluación tanto para usuarios ambulatorios como para usuarios hospitalizados y se asegura que todo el contenido debe estar disponible cuando se inicia el tratamiento.

Elementos medibles de EOP.1 .

1. El contenido mínimo de las evaluaciones de los usuarios ambulatorios y hospitalizados se define para cada servicio que realiza evaluaciones y especifica los elementos requeridos de la historia y el examen físico.
2. Solo realizan evaluaciones personas capacitadas y autorizadas mediante licencias, leyes y reglamentos vigentes.
3. El servicio define qué información de las Evaluaciones debe quedar documentada.

Estándar EOP.1.1. (Indispensable).

La evaluación inicial de cada usuario incluye una evaluación de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, e incluye un examen físico y una historia clínica.

Intención de EOP.1.1.

La evaluación inicial de un usuario ya sea ambulatorio u hospitalizado, resulta fundamental para identificar sus necesidades y comenzar con el proceso de atención de salud.

Para brindar esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado médico del usuario mediante un examen físico y su historia clínica. La evaluación psicológica determina el estado emocional del usuario. La reunión de datos acerca de la situación social de los usuarios no pretende clasificarlos; más bien, los contextos sociales, culturales, familiares y económicos son factores importantes para determinar el riesgo que podrán influir en la respuesta de un usuario al tratamiento o a la enfermedad. Las familias pueden colaborar muchísimo en estas áreas y en la comprensión de las preferencias del usuario durante el proceso de evaluación. Los factores económicos son evaluados como parte de la evaluación social o bien en forma separada cuando el usuario y su familia sean responsables del costo de la totalidad o de una parte de la atención durante la hospitalización y una vez dado el alta. Diferentes personas con las certificaciones y competencias necesarias pueden participar en la evaluación de un usuario, siendo los factores más importantes en estas, que estén completas y disponibles para quienes prestan atención al usuario.

Elementos medibles de EOP.1.1.

1. Todos los usuarios hospitalizados y ambulatorios son sometidos a evaluaciones iniciales que incluyen una historia y un examen físico, así como evaluaciones sociales y económicas según los requisitos definidos en la política del establecimiento.
2. Cada usuario recibe la evaluación psicológica inicial pertinente según sus necesidades.
3. Los resultados de la evaluación inicial dan por resultado un diagnóstico inicial.

Estándar EOP.1.2. (Indispensable).

Las necesidades médicas y de enfermería del usuario se identifican a partir de las evaluaciones iniciales basadas en sus necesidades y en su estado clínico, las cuales se completan y registran en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas.

Intención de EOP.1.2.

El resultado primario de las evaluaciones iniciales del usuario permite comprender las necesidades médicas y de enfermería para que la atención y el tratamiento puedan iniciar. Para lograr esto, el servicio determina el contenido mínimo de las evaluaciones, el marco de tiempo para completarlas y los requisitos de documentación para registrarlas. Si bien la evaluación médica y la de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, podría haber otras evaluaciones adicionales practicadas por otros profesionales de la salud, estas deben estar integradas y deben identificar las necesidades de atención más urgentes.

Cuando el estado del usuario lo amerite, la evaluación médica y/o de enfermería inicial se realiza y se pone a disposición en forma propia, para realizar la evaluación inmediata del usuario. Además, cuando no hay tiempo para registrar la historia y el examen físico completos de un usuario de emergencia que necesita atención, se registran una breve nota y el diagnóstico previo a cualquier procedimiento.

Elementos medibles de EOP.1.2.

1. Las evaluaciones iniciales médicas y de enfermería, incluida la historia clínica, el examen físico y otras evaluaciones requeridas por el estado del usuario, se realizan y se registran dentro de las 24 horas de la admisión o en forma propia, según lo requiera el estado del usuario.
2. La evaluación médica inicial da por resultado una lista de diagnósticos médicos específicos que incluye afecciones primarias y asociadas que requieren tratamiento y monitorización.
3. La evaluación de enfermería inicial da por resultado una lista de necesidades de enfermería específicas o condiciones que requieren atención de enfermería, intervenciones o monitorización.

Estándar EOP.1.3(Indispensable).

El servicio realiza evaluaciones iniciales individuales para las poblaciones especiales (niños, embarazadas, adultos mayores, pacientes paliativos y discapacitados) a las que presta atención de salud.

Intención de EOP.1.3.

La evaluación inicial de cierto tipo de usuarios o de ciertas poblaciones hace necesario que se modifique el proceso de evaluación. Dicha modificación se basa en las características específicas o necesidades de cada población.

Cada servicio identifica a estas poblaciones y grupos especiales de usuarios y modifica el proceso de evaluación para adaptarlo a sus necesidades específicas.

Elementos medibles de EOP.1.3.

1. El servicio identifica a los grupos de usuarios y poblaciones especiales para que se modifique la evaluación inicial y así, reflejar sus necesidades.
2. El proceso de evaluación modificado es coherente con las leyes y reglamentaciones locales e incorpora los estándares relacionados con tales poblaciones.

Estándar EOP.1.4. (Necesarios).

Los usuarios terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo con sus necesidades individuales.

Intención de EOP.1.4.

Cuando un usuario se encuentra en el final de su vida, las evaluaciones y reevaluaciones tienen que ser personalizadas a fin de atender sus necesidades y la de sus familias.

Elementos medibles de EOP.1.4.

1. Los usuarios que se encuentran en la etapa final de su vida y sus familias son evaluados y reevaluados teniendo en cuenta las necesidades que se hayan identificado.
2. Los hallazgos de la evaluación orientan la atención y los servicios prestados.
3. Los hallazgos de la evaluación se registran en la historia clínica del usuario.

Estándar EOP.1.5. (Necesarios).

La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta.

Intención de EOP.1.5.

La continuidad de la atención requiere una preparación especial y ciertas consideraciones para algunos usuarios, como, por ejemplo, para la planificación del alta. El servicio elabora un mecanismo para identificar a los usuarios que requieren una planificación de alta crítica, ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades continuas, tanto médicas como de enfermería, o necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, entre otras. La planificación del alta incluye la educación especial que el usuario pueda necesitar en relación con la continuidad de

la atención fuera del establecimiento. Las altas exitosas dependen de una planificación efectiva.

Elementos medibles de EOP.1.5.

1. Existe un proceso para identificar a los usuarios que requieren una planificación de alta crítica.
2. Existe una verificación de la planificación del alta de estos usuarios cuando es necesaria poco después de su ingreso.
3. La planificación del alta incluye la identificación de necesidades educativas específicas y el desarrollo e implementación de un plan para atender esas necesidades.

Estándar EOP.2. (Indispensable).

Se reevalúa a todos los usuarios en intervalos determinados en función de su estado, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.

Intención de EOP.2.

La reevaluación del usuario por parte de todos los profesionales de la salud es fundamental para comprender si las decisiones relativas a su atención son adecuadas y efectivas. Los usuarios son sometidos a revaluaciones durante el proceso de atención, a intervalos determinados en función de sus necesidades y del plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos del establecimiento. Los resultados de estas revaluaciones se registran en la historia clínica del usuario para información y uso de todas las personas que están a cargo de la atención del usuario.

La reevaluación realizada por un médico es parte integral de la atención permanente del usuario. Los usuarios que se encuentran en la fase aguda de su atención son evaluados por un médico al menos una vez al día, incluidos los fines de semana, y cuando se produzca un cambio significativo en su estado.

Elementos medibles de EOP.2.

1. Los usuarios son reevaluados para determinar cambios significativos en su estado clínico, su plan de atención, su respuesta al tratamiento, plan para la continuación del tratamiento, el alta o en sus necesidades individuales.

2. Durante la fase aguda de su atención y tratamiento, los usuarios son reevaluado al menos una vez al día por un médico, incluso los fines de semana.
3. Para los usuarios que no están en la fase aguda de la atención, el servicio define, por escrito, las circunstancias, los tipos de usuarios y/o poblaciones especiales a los que el médico podrá evaluar con una frecuencia menor a la diaria, e identifica el intervalo mínimo de reevaluación para dichos usuarios.
4. Las evaluaciones se registran en la historia clínica con firma y sello del médico responsable.

Estándar EOP.3. (Indispensable).

Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por personal capacitado y habilitado por la institución acreditada por Ley nacional vigente.

Intención de EOP.3.

La evaluación y reevaluaciones de los usuarios son procesos críticos que requieren de una formación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales. Por consiguiente, se identifica quiénes son las personas capacitadas para llevar a cabo cada tipo de evaluación y se definen sus responsabilidades por escrito. En particular, se identifican claramente las personas capacitadas para llevar a cabo las evaluaciones de emergencia y consulta externa las evaluaciones necesarias por el personal de enfermería. Se realizan evaluaciones por cada disciplina dentro del alcance de la práctica, la licencia, las leyes y reglamentaciones vigentes.

Elementos medibles de EOP.3.

1. Las personas capacitadas para llevar a cabo evaluaciones y evaluaciones de los usuarios son identificadas y sus responsabilidades son definidas por escrito.
2. Las evaluaciones de los usuarios son únicamente realizadas por personas capacitadas y autorizadas mediante licencias, leyes y reglamentaciones vigentes.
3. Las evaluaciones médicas de emergencia son realizadas por personas certificadas para ello.
4. Las evaluaciones de enfermería son realizadas por personas habilitadas para ello.

Estándar EOP.4. (Indispensable).

Los médicos, el personal de enfermería y las demás personas y servicios responsables de la atención del usuario trabajan en forma conjunta para analizar e

integrar las evaluaciones de los usuarios y priorizar las necesidades de atención más urgentes o importantes.

Intención de EOP.4.

Un usuario puede someterse a varios tipos de evaluaciones realizadas por diferentes departamentos y servicios dentro y fuera del establecimiento. Como resultado, puede haber una variedad en la información, los resultados de las pruebas y otros datos en la historia clínica del usuario. Un usuario obtendrá el máximo beneficio cuando el personal responsable de su atención trabaje en equipo para analizar los hallazgos de la evaluación y combine esta información para configurar un panorama integral de su estado. A partir de este trabajo conjunto, se identifican las necesidades del usuario, se establece su orden de prioridad y se toman decisiones respecto de la atención. La integración de los hallazgos en este momento del proceso facilitará la coordinación de la atención.

Cuando las necesidades del usuario no son complejas, el proceso de trabajo conjunto es sencillo e informal. En el caso de usuarios con necesidades complejas o poco claras, puede ser necesario realizar reuniones formales del equipo de tratamiento, reuniones con el usuario y rondas clínicas. El usuario, su familia y otras personas que puedan tomar decisiones en nombre del usuario se incluyen en el proceso cuando es necesario.

Elementos medibles de EOP.4.

1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del usuario.
2. Participan en el proceso todas las personas responsables de la atención del usuario.
3. Las necesidades de los usuarios se priorizan en función de los resultados de la evaluación.

CAPITULO IV

SERVICIOS AUXILIARES TERAPEUTICOS Y DE DIAGNOSTICO (SATD).

Objetivo: La coordinación y relación funcional de los servicios de apoyo clínico de las diferentes disciplinas de la salud, son esenciales para contribuir al diagnóstico, seguimiento de morbilidades y terapéuticas que afectan a los pacientes.

Bajos los siguientes criterios de relación esencial y de forma directa entre los servicios de apoyo.

1. Existe una relación de dependencia entre ambos para lograr la atención completa del usuario.
2. Los procesos se relacionan eventualmente.
3. Es una relación beneficiosa pero no indispensable o se trata de una relación ocasional que involucra excepciones.
4. Se establece una baja relación entre los procesos.
5. En condiciones ideales no deberían existir relaciones de dependencia.

Servicios de Laboratorio.

Objetivo: Verificar los aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades misionales correspondientes al quehacer de los laboratorios clínicos, con eficiencia, calidad y oportunidad.

Estándar SATD.1. (Indispensable).

Los servicios de laboratorio clínico están disponibles para atender las necesidades de los usuarios; todos estos servicios cumplen con los estándares de calidad, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Intención de SATD.1.

El servicio de salud cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de laboratorio, requeridos según las necesidades de los usuarios, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de laboratorio se organizan y se prestan en cumplimiento de los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales en vigencia.

Los servicios de laboratorio, incluidos los que son necesarios en emergencias, pueden prestarse dentro de la organización, o bien en otra organización en virtud de un convenio, o de ambas maneras. Estos se encuentran disponibles para casos de

emergencia fuera del horario habitual de atención, el servicio puede identificar y contactar a expertos en áreas de diagnóstico especializadas, siempre que sea necesario.

Elementos medibles de SATD.1.

1. Los servicios de laboratorio clínico cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes.
2. Existen servicios de laboratorio disponibles que satisfacen las necesidades relacionadas con la misión del servicio y su población de usuarios, las necesidades sanitarias de la comunidad y las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
3. Es posible contactar a expertos en áreas de diagnóstico especializadas siempre que sea necesario.
4. Las fuentes externas se seleccionan en función de sus registros de servicios aceptables y en función de su cumplimiento con las leyes y reglamentaciones vigentes.
5. Se informa a los usuarios acerca de cualquier tipo de relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas que prestan servicios de laboratorio.

Estándar SATD.1.1. (Indispensable).

El laboratorio contará con un Licenciado(a) en Laboratorio Clínico responsable de la gestión del servicio.

Intención de SATD.1.1.

Los servicios de laboratorio clínico son dirigidos por un Licenciado(a) en Laboratorio Clínico, cuyos conocimiento, formación y experiencia son comprobables, en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume la responsabilidad profesional por las instalaciones y los servicios que se prestan allí, así como también por las pruebas realizadas fuera de él. La supervisión de los servicios también asegura que se cumple con las mismas políticas y prácticas vigentes.

Los servicios de laboratorio de especialidad y subespecialidad son dirigidos por Licenciado(a) en Laboratorio Clínico. Las responsabilidades del líder del Laboratorio incluyen:

- a. Desarrollar, implementar y mantener políticas y procedimientos;
- b. Supervisión administrativa y técnica,
- c. Fomentar los programas de control de calidad necesarios;
- d. Evaluar la provisión de fuentes externas de servicios;
- e. La monitorización y revisión de todos los servicios.
- f. Desarrollo y seguimiento de planes de mejora.

Elementos medibles de SATD.1.1.

1. El laboratorio clínico y otros servicios dentro del servicios son dirigidos y supervisados por una o más Licenciados(as) en Laboratorio Clínico.
2. El laboratorio contara con los requisitos de calificación y las descripciones de los puestos de trabajos, donde se especifiquen las obligaciones del personal y se asegurará se conozcan y se cumplan.
3. El laboratorio debe de tener un responsable de la gestión de la calidad, con autoridad para dar seguimiento con el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico (BPLC). Debe de ser un licenciado en Laboratorio Clínico, con formación específica en sistemas de gestión de la calidad.
4. El laboratorio tiene definido quien será el encargado del programa de control de calidad y este llevará las responsabilidades de este.
5. El laboratorio clínico se asegurará que el laboratorio referente cumpla con los requisitos establecidos según la normativa vigente.
6. El encargado del laboratorio clínico lleva la responsabilidad de monitorear y revisar todos los servicios que se presten dentro y fuera del laboratorio central.

Estándar SATD.2. (Indispensable).

Todo el personal del laboratorio cuenta con la formación, habilitación, certificación y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados.

Intención de SATD.2.

El encargado del laboratorio clínico identifica la formación, capacitación, certificación y experiencia de los miembros del personal del laboratorio, que realiza

e interpreta las pruebas de laboratorio y de quienes dirigen o supervisan al personal que realizan las pruebas. Existe un programa de capacitación continua y actualización. Existe un monitoreo en los tiempos de respuesta de las diferentes pruebas realizadas, al igual que la supervisión de la disponibilidad de personal durante las horas laborales.

Elementos medibles de SATD.2.

1. Todo el personal de laboratorio cuenta con la capacitación necesaria para administrar, realizar e interpretar las pruebas de laboratorio.
2. La dirección del laboratorio establece las necesidades de capacitación del personal y dispone de un programa que permita satisfacer dichas necesidades, comprende aspectos de la formación profesional y científica, el adiestramiento, así como la evaluación objetiva y sistemática del personal.
3. La dirección del laboratorio establece y mantiene actualizados registros y las evidencias correspondientes de la calificación, capacitación, evaluación del personal y de la toma de acciones correctivas orientadas a alcanzar las competencias requeridas para el puesto.
4. El personal que realiza toma de muestras en los servicios de los establecimientos de salud cuenta con las certificaciones y capacitación requeridas para administrar este tipo de procedimientos.
5. El laboratorio cuenta con un plan de trabajo que provee al laboratorio del personal necesario para realizar pruebas sin demora y para que haya personal de laboratorio disponible durante todas las horas de funcionamiento y para atender emergencias.
6. El laboratorio cuenta con el personal de supervisión.

Estándar SATD.3. (Indispensable).

El laboratorio clínico posee un programa de seguridad y salud ocupacional documentado.

Intención de SATD.3

El laboratorio cuenta con un programa de seguridad y salud ocupacional funcionando en el nivel requerido a los riesgos, estableciendo prácticas de seguridad y medidas de prevención (por ejemplo, áreas de lavado de ojos, kits para derrames, etc.) para el personal y usuarios, cuando se encuentren presentes.

El programa de seguridad y salud ocupacional incluye:

- a. El cumplimiento de los estándares relacionados con la administración del servicio y los programas de control de infecciones;
- b. Cumplimiento con leyes y reglamentaciones nacionales e internacionales;
- c. Disponibilidad de dispositivos de seguridad y salud adecuados para las prácticas del laboratorio;
- d. Orientación de todo el personal del laboratorio en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de bioseguridad; y
- e. La educación en el puesto de trabajo sobre los nuevos procedimientos y los materiales peligrosos recientemente adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de SATD.3

1. Existe un programa de seguridad y salud ocupacional dentro y fuera del laboratorio.
2. El programa de administración del servicio y de control de infecciones reporta al menos una vez al año los incidentes.
3. El personal del laboratorio registra, investiga y analiza los accidentes y enfermedades profesionales que se detecten, informando a la dirección los resultados y el seguimiento de las acciones preventivas o correctivas.
4. El personal del laboratorio tiene orientación sobre los procedimientos y prácticas de seguridad y salud ocupacional, y recibe capacitación respecto de las nuevas prácticas y procedimientos.

Estándar SATD.4. (Indispensable).

El laboratorio implementa un proceso coordinado para reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a materiales de riesgo biológico y otros desechos.

Intención de SATD.4.

Existen políticas, procedimientos y prácticas implementadas para reducir la exposición a materiales de riesgo biológico. Las infecciones adquiridas en el laboratorio se reportan internamente y, si es necesario, a los organismos de salud pública. Las siguientes prácticas y peligros de bioseguridad se abordan en procedimientos escritos, y se cumple con los requisitos de los procedimientos correspondientes:

- a) Se controla la exposición de aerosoles y rociadores.
- b) Se usa equipo de proyección personal completo para proteger la vestimenta urbana e impedir la contaminación.
- c) Se usan estaciones de trabajo, cabinas o cámaras de flujo laminar de bioseguridad cuando es necesario.
- d) Cuando resulta relevante para su trabajo, el personal recibe capacitación acerca de medidas de precaución, modos de transmisión y prevención de agentes patógenos transportados por la sangre.
- e) Cuando se identifican problemas con las prácticas, o cuando se producen accidentes, se toman medidas correctivas, que son además registradas y revisadas y posteriormente verificar la causa del incidente o accidente.

Elementos medibles de SATD.4.

1. El laboratorio ha definido un proceso para reducir los riesgos de infección.
2. Las infecciones adquiridas en el laboratorio se reportan, tal como se establece en la política, en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.
3. El laboratorio sigue reglas de bioseguridad para las prácticas relevantes tratadas en los literales desde el a) hasta el e) incluidos en la declaración de intención.
4. La dirección del laboratorio establece y mantiene actualizados los registros de las evidencias correspondientes relacionados con los incidentes y accidentes laborales.

Estándar SATD.5. (Indispensable).

Los resultados de laboratorio se encuentran disponibles en forma puntual tal como lo establece el Laboratorio.

Intención de SATD.5.

El laboratorio define el período de tiempo para informar los resultados de las pruebas de laboratorio. Los resultados se informan dentro del período de tiempo determinado en función de las necesidades de los usuarios, los servicios ofrecidos y las necesidades clínicas del personal. Se incluyen las necesidades de pruebas de emergencia y de pruebas fuera del horario hábil y durante los fines de semana. Los resultados de las pruebas urgentes, como las del departamento de emergencias, los quirófanos y las unidades de terapia intensiva, reciben especial atención en cuanto a los procesos de medición de la calidad. Además, cuando los servicios de laboratorio se prestan a través de un contrato con una organización externa, los informes

también se presentan en forma puntual, tal como lo establecen la política del establecimiento o el contrato.

Elementos medibles de SATD.5.

1. El laboratorio cuenta con un formato aprobado por la dirección para el reporte de informes de resultados de exámenes del laboratorio.
2. El Laboratorio ha establecido los plazos esperados para el informe de resultados, teniendo prioridad de los resultados de las pruebas urgentes/de emergencia.
3. Los resultados de laboratorio se informan dentro de un lapso acorde a las necesidades del paciente.
4. El laboratorio cuenta con un registro, cuando se remiten las muestras a un laboratorio subcontratado, garantizando que el paciente acepte la prestación del servicio en dichas condiciones.
5. El laboratorio mantiene los registros de los laboratorios subcontratados y de las muestras que han sido enviadas a cada laboratorio, conservando una copia del informe de análisis del laboratorio referido por un periodo previamente establecido.

Estándar SATD.6. (Indispensable).

Todo el equipo y la tecnología biomédica usados para realizar las pruebas de laboratorio se inspeccionan, mantienen y calibran con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades de mantenimiento.

Intención de SATD.6.

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo y la tecnología médica, incluidos los dispositivos médicos usados para las pruebas, funcionen a niveles aceptables y de manera tal que resulten seguros para el/los operadores(es). El laboratorio desarrolla e implementa un programa para administrar el equipo y la tecnología médica que permite:

- a. Seleccionar y adquirir equipamiento de laboratorio y tecnología médica.
- b. Identificar y realizar un inventario del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
- c. Evaluar el uso del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica mediante inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento.

- d. Monitorizar y actuar en consecuencia ante avisos de peligro del equipamiento de laboratorio y de la tecnología médica, retirada de los equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deban informarse, problemas y fallos; y
- e. Registrar el programa de administración.
- f. La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipamiento y la tecnología médica en el laboratorio y su historia de servicio registrada.

Elementos medibles de SATD.6.

1. El laboratorio desarrolla, implementa y registra un programa para administrar el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
2. El programa identifica cómo se seleccionan y adquieren el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
3. Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica.
4. El equipamiento de laboratorio y la tecnología médica se inspeccionan y se prueban cuando son nuevos y, posteriormente, en función de la antigüedad, el uso, las recomendaciones de los fabricantes y las inspecciones registradas.
5. El equipamiento de laboratorio y la tecnología médica se calibran y mantienen de acuerdo a las recomendaciones de los fabricantes y según las tareas de calibración y mantenimiento que se encuentren registradas. O deberán seguirse lineamientos internos de laboratorio en caso de que no existan recomendaciones por parte del fabricante.
6. El laboratorio 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.

Estándar SATD.7. (Indispensable).

Los reactivos esenciales y demás suministros se encuentran disponibles en forma regular y se los evalúa para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.

Intención de SATD.7.

El servicio de salud ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar a sus usuarios de servicios de laboratorio de manera regular. Se encuentra en funcionamiento un proceso para ordenar o asegurar la provisión de

los reactivos esenciales y demás suministros necesarios. Todos los reactivos se almacenan y se dispensan según procedimientos definidos. La evaluación de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Existen guías escritas que aseguran el etiquetado completo y preciso de los reactivos y las soluciones y la precisión y exactitud de todos los resultados.

Elementos medibles de SATD .7.

Todos los reactivos y soluciones son identificados y están etiquetados en forma completa y exacta.

1. El laboratorio mantendrá el control de las existencias de los reactivos y suministros necesarios, y planificará su reposición oportuna para poder cubrir los stocks mínimos de estos.
2. El laboratorio establecerá los procedimientos y registros necesarios para la adecuada identificación, manipulación, conservación y uso seguro de los reactivos.
3. El laboratorio tiene directrices (basadas en leyes, reglamento, normas, o acreditaciones vigentes) escritas que respeta para la evaluación de todos los reactivos utilizados en los procesos de análisis clínicos a fin de asegurar la precisión y exactitud de los resultados.
4. El laboratorio cuenta con materiales de referencia certificados requeridos para el desempeño de su actividad, tales como controles, calibradores, cepas de colección, antígenos y antisueros, células y otros.
5. El laboratorio cuenta con los procedimientos y registros necesarios para la adecuada identificación, manipulación, conservación y uso seguro de los materiales de referencia.

Estándar SATD.8. (Indispensable).

El laboratorio posee los procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras.

Intención de SATD.8.

Se definen e implementan procedimientos para:

- a. Solicitar pruebas de Laboratorio.
- b. Recoger e identificar muestras.
- c. Transportar, almacenar y preservar muestras; y
- d. Recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

- e. Estos procedimientos se cumplen en el caso de muestras derivadas para la realización de pruebas a servicios de laboratorio de referencia.

Elementos medibles de SATD.8.

1. El laboratorio establece e implementa procedimientos para la solicitud de pruebas de laboratorio (que proporcione una identificación inequívoca).
2. El laboratorio cuenta con procedimientos o instrucciones para la recepción, la obtención, la identificación, el procesamiento, el transporte y la conservación de las muestras.
3. El laboratorio cuenta con procedimientos para toma, manejo y envío de muestras cuando se recurre a la derivación a servicios de laboratorio de referencia.
4. El laboratorio cuenta con procedimientos donde se establecen los criterios para la aceptación o rechazo de las muestras.

Estándar SATD.9. (Indispensable).

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.

Intención de SATD.9.

El laboratorio establece intervalos de referencia o rangos “normales” para cada prueba realizada. El rango se incluye en la historia clínica, ya sea como parte del informe o incluyendo una lista actual de tales valores aprobados por el encargado del laboratorio. Cuando la prueba se deriva a un servicio de laboratorio de referencia, se proporcionan los rangos. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y a la realidad demográfica del servicio de salud y se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos medibles de SATD.9.

1. El laboratorio ha establecido rangos de referencia para cada prueba realizada, se revisan y actualizan cuando es necesario, ya sea por cambio de marcas, cambio de equipo o desviaciones en los resultados.
2. La descripción de los análisis realizados y sus resultados deberán seguir la terminología y la sintaxis recomendada y reconocida por las especialidades médicas del país, incluyendo los rangos obtenidos de las pruebas.

Estándar SATD.10. (Indispensable).

Los procedimientos de control de calidad de los servicios de laboratorio se encuentran en vigencia, se respetan y registran.

Intención de SATD.10.

Es esencial contar con sistemas de control de calidad bien diseñados para brindar servicios de laboratorio clínico y patológico de excelencia. Los procedimientos de control de calidad incluyen:

- a. La validación de los métodos de prueba empleados para asegurar la exactitud, la precisión y rango que se debe informar.
- b. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal capacitado del laboratorio.
- c. La prueba de los reactivos.
- d. Una rápida medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
- e. La documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos medibles de SATD 10.

1. El laboratorio posee un sistema para control de calidad interno que asegure la confiabilidad de los resultados de los análisis.
2. El laboratorio cuenta con un sistema, que incluye la prueba de los reactivos, la validación de los métodos de las pruebas, la vigilancia diaria, el registro de los resultados y las correcciones.

Estándar SATD.11. (Indispensable)

Existe un proceso para comprobar la competencia y efectividad de los servicios de laboratorio.

Intención de SATD.11.

En consecuencia, el laboratorio participa en un programa de evaluación externa de calidad aprobado de pruebas de competencia, siempre que este se encuentre disponible.

- a) El laboratorio lleva un registro acumulativo de la participación en un proceso de pruebas de competencia.
- b) Las pruebas de competencia se aplican en todos los programas de laboratorio de especialidades, cuando están disponibles.

- c) El Laboratorio lleva un registro acumulativo de su participación en un programa de pruebas de competencia.

Elementos medibles de SATD.11.

1. El laboratorio participa en Programas de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC), analizará los resultados de dichas evaluaciones y adoptará las acciones correctivas y preventivas, cuando sea pertinente.
2. Los resultados de las pruebas de competencia del laboratorio satisfacen los criterios de rendimiento satisfactorio para cada especialidad, subespecialidad, analito o prueba, de acuerdo con lo establecido por las leyes y reglamentaciones vigentes.
3. El laboratorio lleva un registro acumulativo de su participación en un programa de pruebas de competencia.

Estándar SATD.12. (Indispensable).

Los laboratorios de referencia a los que el servicio de salud deriva pruebas cuentan con licencias, acreditaciones o certificaciones otorgadas por autoridades reconocidas nacional o internacionalmente.

Intención de SATD.12.

Cuando el servicio recurre a los servicios de un laboratorio de referencia ya sea para pruebas seleccionadas o para prestar todos los servicios de laboratorio se requiere en acta notarial (esto para resguardar la seguridad jurídica de la información) la siguiente información:

- a) Una copia de la licencia otorgada por una autoridad reconocida.
- b) Una copia del certificado o carta de acreditación o certificación de un programa de acreditación o certificación de laboratorios reconocido.
- c) Documentación que demuestre que el laboratorio de referencia (contratado) participa en un programa de pruebas de competencia externo.
- d) El servicio posee la documentación que acredita que todos los laboratorios de referencia a los que recurre participan de un programa externo de pruebas de competencia.

Elementos medibles de SATD.12.

1. El Laboratorio cuenta con un procedimiento y los registros necesarios para concertar y revisar periódicamente los contratos para brindar servicios a usuarios y recibir servicios de laboratorios clínicos subcontratados.
2. El servicio 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.

Estándar SATD.13. (Necesario).

El servicio de salud identifica las medidas para monitorizar la calidad de los servicios prestados por el laboratorio de referencia.

Intención de SATD.13.

Además, el servicio de salud identifica medidas para controlar la calidad de los servicios prestados por todos los laboratorios de referencia, por ejemplo, el tiempo total para realización de las pruebas, la información de resultados críticos y los problemas con las muestras, como, por ejemplo, rechazo de las muestras o ausencia de identificadores. Personal capacitado revisa y actúa en función de los resultados de la monitorización de la calidad.

Un programa de acreditación o certificación de laboratorios reconocido es aquel que ha sido revisado y respaldado por una asociación profesional de laboratorios o un organismo gubernamental o privado.

Elementos medibles de SATD.13.

1. El laboratorio cuenta con los registros de la frecuencia y de datos relativos al desempeño esperado de los laboratorios de referencia son determinados por el establecimiento.
2. El laboratorio posee una persona capacitada o designada responsable del laboratorio que lleve un monitoreo de los datos de desempeño esperados que proveen los laboratorios de referencia.
3. El laboratorio posee un registro o informe anual de los datos de los laboratorios de referencia que se presenta al servicio para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones.

Estándar SATD.14. (Indispensable).

Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica de los Servicios.

Intención de SATD.14.

La organización implementa un programa de gestión del equipo y la tecnología biomédica en los servicios de laboratorio que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte de este:

- a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo con el tipo de pacientes y servicios de la organización.
- b) La selección y adquisición de todo el equipo.
- c) La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
- d) El control y la toma de medidas ante alarmas en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
- e) Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
- f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
- g) La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.
- h) El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Tecnología Biomédica).

Elementos Medibles de SATD.14.

Se ha definido un programa de gestión del equipo y la tecnología biomédica en los servicios de laboratorio que, al menos, incluye:

1. La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo con el tipo de pacientes y servicios de la organización.
2. La selección y adquisición de todo el equipo.
3. La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).

4. El control y la toma de medidas ante alarmas en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
5. Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
6. La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
7. La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.
8. El Programa está integrado al sistema de gestión y seguridad de las instalaciones (equipo y tecnología biomédica).
9. El programa está implementado en todos los servicios de laboratorio.
10. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

Estándar SATD.15. (Indispensable).

La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Intención SATD.15.

La organización es capaz de identificar, realizar una lista y contactar a los expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario. Se cuenta con un listado de los expertos.

Elementos Medibles de SATD.15.

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

Banco de sangre y/o servicios de transfusiones.

Objetivo: Contar con la tecnología de punta para poder suministrar oportunamente sangre y hemocomponentes altamente seguros a nuestras pacientes y a toda la red nacional, manteniendo altos estándares de calidad y actualización continua en medicina transfusional.

Estándar SATD .16. (Indispensable).

Una persona calificada es responsable del banco de sangre y/o los servicios de transfusiones y asegura que los servicios cumplan con las leyes y reglamentaciones vigentes y los estándares reconocidos para esta práctica.

Intención de SATD.16.

Los servicios del banco de sangre y/o las transfusiones, cuando son prestados por el servicio de salud, son dirigidos por una persona capacitada, cuyos conocimientos, formación y experiencia son comprobables, en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume responsabilidad profesional por todos los servicios del banco de sangre prestados en el hospital. La supervisión de los servicios incluye la definición, implementación y registro de los procesos para:

- a) La selección de donantes de sangre.
- b) La extracción de la sangre.
- c) El almacenamiento de la sangre.
- d) Las pruebas de tamizaje de la sangre.
- e) Las pruebas de compatibilidad.
- f) La distribución de la sangre.

Contando con un Manual de procesos que incluya los siguientes:

- a. Proceso de atención de donantes.
- b. Proceso de fraccionamiento de hemo componentes.
- c. Proceso de realización de exámenes y pruebas de tamizaje.
- d. Proceso de transfusión y distribución de hemo componentes.
- e. Proceso de análisis de información y evaluación de resultados.
- f. Proceso de elaboración y seguimiento del POA.
- g. Proceso de supervisión y evaluación del personal certificado.
- h. Proceso de formación y actualización profesional.
- i. Proceso de gestión de insumos.
- j. Proceso de gestión de equipos.
- k. Proceso de coordinación con Red de Bancos de Sangre.

Se definen, implementan y registran procesos de control de calidad para todos los servicios del banco de sangre a fin de garantizar la seguridad del banco de sangre y los servicios de transfusiones. La donación de sangre y los servicios de transfusiones se rigen por las leyes y reglamentaciones vigentes.

Elementos medibles de SATD.16.

1. El servicio posee un comité de calidad, que definirá y documentará la política para que los servicios de banco de sangre, en la promoción, selección del

donante, recolección de sangre, procesamiento (pruebas de tamizaje), almacenamiento, distribución de sangre y componentes, en las pruebas del receptor y en la transfusión de sangre y componentes.

2. Los servicios de banco de sangre definirán y documentarán la forma en que se asegurará la calidad de un nuevo producto o servicio. La documentación estará en un formato que se ajuste a las operaciones del servicio de banco de sangre.
3. El laboratorio posee a un licenciado autorizado para ejercer su profesión con capacitación en banco de sangre y medicina transfusional.
4. El banco de sangre posee procedimientos, para los procesos para los puntos a) hasta f) mencionados en la declaración de intención.
5. El banco de sangre y los servicios de transfusiones cumplen con todas las leyes y reglamentaciones vigentes y con los estándares reconocidos para esta práctica.

Servicios de radiología e imagen.

Objetivo: Disponibilidad de los Servicios de Radiología e Imagen para cubrir las necesidades de los pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Los servicios deberán cumplir con los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Estándar SATD.17. (Indispensable)

Los servicios que brindan atención de radiología y diagnóstico por imágenes están disponibles para atender las necesidades de los usuarios. Todos estos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales, nacionales e internacionales.

Intención de SATD.17.

Algunos establecimientos cuentan con un sistema para brindar servicios de radiología y diagnóstico por imágenes requeridos por la población de usuarios, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales de la salud. Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales, nacionales e internacionales correspondientes.

Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes, incluidos los que son necesarios en caso de emergencias, pueden prestarse dentro del establecimiento, o bien en otro en virtud de un convenio, o de ambas maneras. Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes se encuentran disponibles fuera del horario habitual de atención para casos de emergencia. Además, el servicio puede identificar

y contactar a expertos en áreas especializadas de diagnóstico, como físicos especializados en radiación, oncología radioterápica, o medicina nuclear, en caso de ser necesario. El servicio mantiene un registro de estos expertos.

Elementos medibles de SATD 17.

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales, nacionales e internacionales correspondientes.
2. Existen servicios de radiología y diagnóstico por imágenes adecuados y regulares, que se encuentran disponibles y que satisfacen las necesidades relacionadas con la misión del servicio y su población de usuarios, las necesidades de la comunidad y las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
3. El servicio contacta a expertos en áreas especializadas de diagnóstico cuando es necesario.
4. Se informa a los usuarios acerca de cualquier tipo de relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas que prestan servicios de radiología y/o diagnóstico por imágenes.

Estándar SATD 18. (Indispensable).

Una(s) persona(s) capacitada es/son responsable(s) de la gestión de los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.

Intención de SATD.18.

Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes, cuando son prestados en cualquier lugar del establecimiento, son dirigidos por una persona capacitada, cuyos conocimientos, formación y experiencia son comprobables, en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume responsabilidad profesional por la prestación de los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes. Cuando esta persona brinda una opinión médica o una consulta clínica, se trata de un médico, preferentemente, un radiólogo. Cuando se realiza radioterapia o se prestan otros servicios especiales, estos se encuentran supervisados por personas capacitadas adecuadamente.

Elementos medibles de SATD 18.

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes se encuentran bajo la dirección de una o más personas capacitadas.

2. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de desarrollo, implementación, mantenimiento de políticas, procedimientos, supervisión administrativa y mantenimiento de programas de control de calidad.
3. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades relativas a la recomendación de fuentes externas para la prestación de servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.
4. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades relativas a la monitorización y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.

Estándar SATD.19. (Indispensable).

La realización de los estudios de diagnóstico por imágenes, la interpretación de los resultados y el informe de estos, están a cargo de personas debidamente certificadas o acreditadas.

Intención de SATD.19.

El servicio que brinda estos servicios identifica qué miembros del personal de radiología y diagnóstico por imágenes realizan estudios de diagnóstico e imágenes, quiénes están autorizados para realizar pruebas en el lugar de atención junto a la cama del usuario, quiénes están acreditados para interpretar los resultados o verificarlos e informarlos, y quiénes dirigen o supervisan estos procesos. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la acreditación, la experiencia y las destrezas apropiadas y adecuadas y se encuentran orientados a la realización de su tarea. El personal técnico recibe órdenes de trabajo coherentes con su capacitación continua y actualizada la experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y gestionar el personal necesario durante todas las horas de funcionamiento, aun en casos de emergencias.

Elementos medibles de SATD.19.

1. Se identifica a las personas que realizan estudios de diagnóstico e imágenes o dirigen o supervisan los estudios.
2. Profesionales debidamente acreditados y experimentados realizan los estudios de diagnóstico e imágenes e interpretan los resultados de los estudios.
3. Personal debidamente acreditado y certificado verifica e informa los resultados de los estudios.

4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los usuarios.
5. El personal de supervisión se encuentra debidamente acreditado y cuenta con la experiencia necesaria para realizar su tarea.

Estándar SATD.20 (Indispensable).

Existe un programa de seguridad radiológica activo, implementado y registrado.

Intención de SATD.20.

El servicio cuenta con un programa de seguridad radiológica activo que incluye todos los componentes de los servicios de radiología y de diagnóstico por imágenes, incluido el laboratorio de radioterapia oncológica y de cateterismo cardíaco.

El programa de seguridad radiológica refleja los riesgos y peligros que se enfrentan. El programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal de radiología y diagnóstico por imágenes, demás personal y usuarios. El programa se encuentra coordinado con el programa de gestión de seguridad del establecimiento.

Elementos medibles de SATD.20.

Existe un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro y fuera del departamento.

1. Los riesgos de seguridad identificados debidos a la radiación son abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reducen tales riesgos de seguridad.
2. El personal del radiología y diagnóstico por imágenes cuenta con orientación acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe capacitación permanente respecto de los nuevos procedimientos, equipamiento y tecnología médica.

Estándar SATD.21 (Necesario).

Los resultados de radiología y diagnóstico por imágenes se encuentran disponibles en forma puntual tal como lo establece el establecimiento.

Intención de SATD.21.

El servicio define el lapso para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imágenes. Los resultados se informan dentro del periodo de tiempo determinado en función de las necesidades del usuario, los servicios ofrecidos y las necesidades clínicas del personal. Se incluyen las necesidades de

pruebas de emergencia y de pruebas fuera del horario hábil y durante los fines de semana, así como en formato físico y/o digital. Los resultados de estudios radiológicos y de diagnóstico por imágenes urgentes, como los requeridos por el departamento de emergencias, los quirófanos y las unidades de terapia intensiva, reciben especial atención en cuanto a los procesos de medición de la calidad. Los estudios de radiología y diagnóstico por imágenes realizados por terceros.

Elementos medibles de SATD.21.

1. El servicio ha establecido los plazos esperados para el informe de resultados.
2. Se mide la puntualidad en el informe de los resultados de los estudios urgentes, de emergencia.
3. Los resultados de estudios de radiología y diagnóstico por imágenes se informan dentro de un lapso acorde a las necesidades del usuario, en formato digital o físico.

Estándar SATD.22 (Indispensable).

Todo el equipamiento y la tecnología médica usados para realizar los estudios radiológicos o de diagnóstico por imágenes se inspecciona, se mantiene y se calibra con regularidad y se llevan debidamente los registros de todas estas actividades de mantenimiento.

Intención de SATD.22.

El personal de radiología y diagnóstico por imágenes trabaja para asegurar que todo el equipamiento y la tecnología médica funcionen a niveles aceptables y de manera segura para el o los operadores.

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipamiento y la tecnología médica y se registra su historia de servicio.

Elementos medibles de SATD.22.

1. El departamento de radiología y diagnóstico por imágenes desarrolla, implementa y registra un programa para administrar el equipamiento y la tecnología médica.
2. La Dirección de Protección Radiológica identifica cómo se seleccionan y adquieren el equipamiento y la tecnología médica de radiología.

3. Existe un inventario registrado de todo el equipamiento y la tecnología médica de radiología.
4. La tecnología médica y el equipamiento de radiología se inspeccionan y se someten a prueba cuando son nuevos y, en lo sucesivo, de acuerdo con la antigüedad, el uso y las recomendaciones de los fabricantes.
5. El equipamiento y la tecnología médica de radiología se calibran y se mantienen de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes.
6. El servicio cuenta con un sistema implementado para controlar y actuar en consecuencia frente a avisos de peligro, retiro del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban informarse, problemas y fallas del equipamiento y la tecnología médica de radiología.

Estándar SATD.23. (Indispensable).

La película para rayos X y otros insumos se encuentran disponibles, en los establecimientos que brindan los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.

Intención de SATD.23.

El servicio ha identificado la película, los reactivos y los insumos necesarios para proporcionar a sus usuarios los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes en forma regular. Se encuentra en funcionamiento un proceso para ordenar o asegurar la provisión de la película, los reactivos esenciales y demás insumos necesarios. Todos los insumos se almacenan y se dispensan de acuerdo con procedimientos definidos que tienen en cuenta las recomendaciones de los fabricantes. La evaluación periódica de los reactivos de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos medibles de SATD.23.

1. Se identifican y se encuentran disponibles, la película para rayos X, los reactivos y demás insumos esenciales.
2. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según las directrices.
3. Todos los insumos se evalúan en forma periódica para asegurar la exactitud de los resultados.
4. Todos los insumos se encuentran etiquetados en forma exacta y completa.

Estándar SATD.24. (Indispensable).

Los procedimientos de control de calidad radiológica se encuentran en vigencia, y son respetados y registrados.

Intención de SATD.24.

Los sistemas de control de calidad rigurosos resultan esenciales para prestar servicios de radiología y diagnóstico por imágenes de excelencia. Los procedimientos de control de calidad incluyen: La validación de los métodos de prueba empleados para asegurar la exactitud y la precisión, la vigilancia diaria de los resultados de las imágenes por parte de personal de radiología capacitado, una rápida medida correctiva ante la identificación de una deficiencia, la prueba de los reactivos y las soluciones, y la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos medibles de SATD.24.

1. El servicio establecer e implementar un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes.
2. El control de calidad incluye métodos de pruebas de validación.
3. El control de calidad incluye la vigilancia diaria y el registro de los resultados de las imágenes.
4. El control de calidad incluye las pruebas de los reactivos y las soluciones y el registro de los resultados de las pruebas.
5. El control de calidad incluye la rápida documentación y registro cuando se identifica una deficiencia.

Estándar SATD.25. (Necesario).

El servicio que brinda servicios de radiología y diagnóstico por imágenes revisa regularmente los resultados del control de calidad de las fuentes externas de servicios de diagnóstico.

Intención de SATD.25.

Cuando el servicio recurre a fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imágenes, recibe regularmente los resultados de los controles de calidad correspondientes a esas fuentes externas y los revisa. Los resultados de los controles de calidad son revisados por personas capacitadas. Cuando es difícil obtener un control de calidad de un servicio de diagnóstico por imágenes prestado

por fuentes externas, el jefe del departamento o del servicio desarrolla un sistema alternativo de supervisión de calidad.

Elementos medibles de SATD .25.

1. El servicio determina la frecuencia y el tipo de datos relativos al control de calidad de las fuentes externas.
2. La persona capacitada responsable del control de calidad de radiología o bien la persona designada a tal efecto revisa los resultados del control de calidad de la fuente externa que presta el servicio.
3. La persona responsable o quien esté designado para realizar la revisión actúa en función de los resultados del control de calidad.
4. Se presenta un informe anual de los datos del control de calidad de las fuentes externas a la alta dirección del servicio para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones.

Estándar SATD.26. (Indispensable).

Los sistemas de control de calidad incluyen las situaciones de exposición planificadas que contengan materiales radiactivos o generadores de radiación, y la gestión de desechos radiactivos, de procesamiento de materiales radiactivos, de irradiación, y de extracción y tratamiento de minerales que impliquen o pudieran implicar exposición a la radiación, así como a cualquier exposición ocupacional, exposición médica o exposición del público.

Intención de SATD .26.

Verificar los niveles de seguridad a la exposición de desechos radiactivos para los usuarios y el personal.

Elementos medibles de SATD.26.

1. Identificar las formas en que pueden recibirse exposiciones, teniendo en cuenta los sucesos externos, así como sucesos que involucren directamente las fuentes y el equipo asociado.
2. Determinar las magnitudes y probabilidades previstas de las exposiciones durante la operación normal, y en la medida en que sea razonable y factible, se realice una evaluación de las exposiciones potenciales.
3. La generación de desechos radiactivos se mantenga al nivel más bajo posible desde el punto de vista de su actividad y del volumen.

4. Los desechos radiactivos se gestionen de acuerdo con los requisitos establecidos en los reglamentos, protocolos o políticas nacionales o internacionales y en las normas técnicas respectivas.
5. Exista un procesamiento por separado de los distintos tipos de desechos radiactivos, si así lo justifica la diversidad de factores, tales como el contenido de radionúclidos, el período de semi desintegración, la concentración de la actividad, el volumen y las propiedades físicas y químicas, teniendo en cuenta las opciones existentes para el almacenamiento y la disposición final.
6. Las actividades de gestión propia a la disposición final, así como la disposición final de los desechos radiactivos se realicen de acuerdo con los requisitos establecidos en la legislación vigente.
7. Las fuentes radiactivas selladas en desuso, para las cuales se demuestre la imposibilidad de ser devueltas a su país de origen o fabricante, sean trasladadas al almacén central de fuentes en desuso.
8. Se mantenga un inventario de todos los desechos radiactivos, incluidas las fuentes selladas en desuso, que se generen, almacenen, trasladen o sometan a disposición final.

Alimentación y terapia nutricional.

Objetivo: El servicio define los criterios para identificar a los pacientes con riesgo nutricional, los cuales permiten evaluar exhaustivamente a todos los pacientes durante su atención.

Estándar SATD. 27.(Indispensable).

Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos apropiados para la situación nutricional del paciente y coherente con su atención médica.

Intención de SATD. 27.

Una alimentación y nutrición adecuada son importantes para el bienestar y la recuperación de los usuarios. Las opciones de alimentos tienen en cuenta la edad, cultura, el plan de atención médica, entre las que se pueden incluir necesidades dietéticas específicas. De acuerdo con el plan de atención y las necesidades Evaluadas del usuario, el médico u otro profesional de salud habilitado o certificado receta los alimentos y otros nutrientes para el usuario. Cuando es posible, se les ofrece a los usuarios una variedad de opciones de alimentos coherentes con su situación nutricional y las indicaciones médicas.

Elementos medibles de SATD.27.

1. Una variedad de opciones de alimentos y nutrientes coherentes con la situación del usuario, su atención y sus necesidades, se encuentra normalmente disponible.
2. Cuando en los establecimientos existan áreas de encamamiento u hospitalización todos los usuarios deberán tener órdenes de alimentación en sus expedientes clínicos y antes de recibir los alimentos el personal a cargo deberá constatar que corresponda a la prescripción médica.
3. Las ordenes se basan en las situaciones nutricionales y morbilidades de los usuarios.
4. El personal responsable de preparar y manipular los alimentos y nutrientes están capacitados sobre el desempeño de su rol y la distribución de la alimentación se realiza en forma oportuna, atendiendo a las dietas especiales, incluso fuera de horarios.

Estándar SATD.28. (Necesario).

Los usuarios con riesgo nutricional reciben terapia nutricional indicada por un experto en nutrición.

Intención de SATD.28.

En la evaluación inicial, los usuarios son examinados para identificar si se encuentran en una situación de riesgo nutricional por lo que deberá ser remitido a un nutricionista o al nutriólogo para una evaluación más exhaustiva. Cuando se determina que un usuario se encuentra en riesgo nutricional se implementara el plan de terapia específico. El progreso del usuario es monitoreado y registrado en su expediente clínico. Los médicos, las enfermeras y el servicio de dietética, trabajan en forma conjunta para planificar y brindar una terapia nutricional.

Elementos medibles de SATD.28.

1. Los usuarios cuya evaluación determina que se encuentran en riesgo nutricional reciben terapia específica indicada por el nutricionista o nutriólogo.
2. Se implementará un proceso colaborativo para planificar, realizar y monitorear la terapia nutricional.
3. La respuesta del usuario a la terapia nutricional es monitoreada y registrada en el expediente clínico del usuario.

GESTIÓN DEL DOLOR

Objetivo: Los procesos de atención de la organización respaldan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuados.

Estándar SATD.29. (Indispensable).

Los usuarios reciben ayuda para gestionar el dolor en forma efectiva.

Intención de SATD .29.

El dolor puede ser una parte común de la experiencia del usuario y como parte de la planificación de la atención estará relacionado con la enfermedad por la que está siendo tratado, también puede ser un elemento esperado de ciertos tratamientos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y algunos exámenes; cualquiera sea su origen, el dolor que no se puede aliviar tiene efectos físicos y psicológicos adversos por lo que los usuarios tienen derecho a la evaluación y gestión apropiada del mismo.

En función del alcance de los servicios que presta, el servicio tiene procesos para evaluar y gestionar adecuadamente el dolor, entre las cuales se incluyen las siguientes acciones:

- a) Identificar a los usuarios con dolor durante la evaluación inicial y las evaluaciones subsiguientes;
- b) Brindar información acerca del dolor que puede ser un resultado esperado de tratamientos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos o algunos exámenes;
- c) Capacitar a los profesionales de la salud acerca de la evaluación y la gestión del dolor.

Elementos medibles de SATD.29.

En función del alcance de los servicios que presta, el servicio cuenta con procesos para identificar a los usuarios con dolor.

1. Cuando el dolor es el resultado que se espera de tratamientos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos o algunos exámenes planificados, se informa a los usuarios acerca de la probabilidad del dolor y las opciones disponibles para el manejo.
2. Los usuarios que padecen dolor reciben atención de acuerdo con las directrices y con los objetivos de gestión de este.

3. En función del alcance de los servicios que presta, el servicio cuenta con procesos para comunicar a los usuarios y a sus familias cuestiones relativas a este.
4. En función del alcance de los servicios que presta, el servicio cuenta con procesos y capacitaciones para educar al personal de salud en cuestiones relativas al dolor.

CAPITULO V

ANESTESIA Y ATENCION QUIRURGICA (AAQ).

Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación.

Objetivo: Prevenir errores que involucren anestесias y cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

Estándar AAQ.1. (Indispensable).

Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente.

Intención de AAQ.1.

La organización cuenta con un sistema para proporcionar anestesia y sedación, acorde a la población de pacientes a quienes brinda atención y a los servicios que se prestan en el establecimiento. Los servicios de anestesia y sedación ya sean propios o subrogados cumplen con la legislación aplicable vigente. Se cuenta con servicios de anestesia y sedación disponibles para casos de urgencia. Cuando se subroga el servicio de anestesia y/o sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de AAQ.1.

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Hay servicios de anestesia y sedación para casos de urgencia.
4. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.

Estándares AAQ.2. (Indispensable).

Los servicios de anestesia y sedación se encuentran bajo la coordinación y gestión de personal competente, quedando evidencia de la indicación con evaluación previa justificada en formatos correspondiente.

Intención de AAQ.2.

Las responsabilidades del personal que coordina y gestiona son las siguientes:

- a) La elaboración, implementación y actualización de los procesos.
- b) La gestión administrativa.
- c) La implementación de un programa de control de calidad.
- d) La supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de AAQ.2.

1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.
2. Las responsabilidades incluye:
 - La elaboración, implementación y actualización de los procesos.
 - La gestión administrativa.
 - La implementación de un programa de control de calidad.
 - La supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Estándar AAQ.3. (Indispensable).

Los grupos de pacientes a quienes se administra anestesia y sedación se consideran de alto riesgo, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control adecuados para obtener mejores resultados.

Intención de AAQ. 3.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a estos grupos de pacientes, y es especialmente importante que el proceso incluya, al menos, los siguientes elementos:

- a. Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
- b. Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- c. Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado.
- d. Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
- e. Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención;
- f. Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

Elementos Medibles de AAQ.3.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra anestesia, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:

1. Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
2. Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
3. Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado.
4. Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
5. Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
6. Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
7. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

Estándar AAQ .4. (Indispensable).

La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando un proceso estandarizado.

Intención de AAQ. 4.

El médico anestesiólogo o licenciado(a) en anestesiología autorizado por la organización, realiza una evaluación de presedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente definiendo el alcance y el contenido de esta evaluación. El médico anestesiólogo o licenciado(a) en anestesiología que administra la sedación es el responsable de llevar a cabo una

monitorización continua de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.

Se mantiene un único nivel de atención en todas las áreas o servicios donde se administre sedación, sea por médico anesthesiólogo o licenciado(a) en anesthesiología.

Elementos Medibles de AAQ.4.

1. Se define el alcance y contenido de la evaluación de presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un médico anesthesiólogo o licenciado (a) en anesthesiología.
3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación de presedación o preanestésico.

Estándar AAQ.5. (Indispensable).

Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los usuarios; así mismo, tales servicios cumplen con los estándares profesionales, leyes, reglamentos nacionales e internacionales.

Intensión de AAQ.5.

A la sedación y anestesia se las ve comúnmente como la continuidad de una sedación mínima a la anestesia total, durante la cual se encuentran en riesgo los reflejos protectores del paciente. El uso de sedación y anestesia constituyen procesos complejos que deben integrarse a la planificación de atención. La sedación y la anestesia requieren una evaluación completa e integral del paciente, una continua monitorización de este y criterios objetivos de recuperación.

Los servicios de sedación y anestesia cumplen con todos los estándares, leyes y reglamentos nacionales e internacionales correspondientes. Los servicios de sedación y anestesia están disponibles después del horario normal de funcionamiento para emergencias.

Los servicios de sedación y anestesia (incluidos los servicios requeridos para emergencias) pueden suministrarse por parte del establecimiento, según acuerdo con una fuente externa o bien, ambas posibilidades. Cualquier uso de fuentes externas de anestesia se basa en la recomendación del jefe de los servicios de sedación y anestesia. Otras fuentes externas cumplen con las leyes y los reglamentos correspondientes y cuentan con registros aceptables sobre la calidad y seguridad de los pacientes, según se define en un contrato de servicios.

Elementos medibles de AAQ.5.

1. Los servicios de sedación y anestesia cumplen con estándares profesionales, leyes y reglamentos nacionales e internacionales correspondientes.
2. Los servicios de sedación y anestesia se encuentran disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios de sedación y anestesia están disponibles para emergencias después del horario normal de funcionamiento.
4. Las fuentes externas de sedación y anestesia se seleccionan con base en las recomendaciones del jefe de servicios de sedación y anestesia, registros aceptables de desempeño y cumplimiento con las leyes y los reglamentos aplicables.
5. Existe un contrato para servicios externos de sedación y anestesia.

Estándar AAQ.6. (Indispensable).

Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de una o más profesionales de la salud certificados que tienen la responsabilidad de administrarlos.

Intención de AAQ .6.

Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de una o más personas que estén calificadas mediante certificación documentada, conocimientos especializados y experiencia, además de ser congruentes con las leyes y los reglamentos correspondientes. El o las personas asumen la responsabilidad profesional de los servicios de anestesia proporcionados, las cuales incluyen:

- a) Desarrollar, implementar y mantener políticas y procedimientos.
- b) Proporciona supervisión administrativa.
- c) Mantener cualquier programa de control de calidad necesario.
- d) Recomendar fuentes externas de servicios de sedación y anestesia.
- e) Monitorizar y revisar de todos los servicios de sedación y anestesia.

Elementos medibles de AAQ.6.

1. Los servicios de sedación y anestesia son uniformes en todo el servicio de salud.
2. Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de uno o más profesionales de la salud certificados.

3. Las responsabilidades para recomendar fuentes externas de servicios de sedación y anestesia se definen y llevan a cabo.
4. Los profesionales que aplican los diferentes tipos de sedación y anestesia cuentan con sus certificaciones correspondientes de una institución de educación superior debidamente autorizada a nacional o internacional.

Estándar AAQ.7. (Indispensable).

La administración de sedación está estandarizada en todo el servicio de salud.

Intención de AAQ.7.

La sedación puede ser moderada y profunda y se realiza frecuentemente en muchas áreas del servicio de salud fuera del quirófano. Debido a que la sedación como la anestesia, representa riesgos potenciales para los usuarios, y debe ser administrada por profesionales expertos en la materia. Las capacidades del personal que participa en el procedimiento, la tecnología médica, los suministros y la monitorización deben ser consignados en procedimientos estandarizados, incluyendo el desarrollo de guías específicas sobre cómo y cuándo se puede usar la sedación.

Es de considerar en estos procedimientos las diferencias entre poblaciones pediátricas, adultos y geriátricas u otras consideraciones especiales, disponibilidad y uso de tecnología médica especializada, obtención del consentimiento informado tanto para el procedimiento.

Debe contarse con tecnología médica de emergencia y suministros apropiados fácilmente a disposición para la edad e historia del usuario.

Elementos medibles de AAQ.7

1. La administración de sedación está estandarizada en todo el establecimiento.
2. La estandarización de la sedación incluye identificar y abordar como mínimo los elementos: Áreas en el servicio en donde puede administrarse sedación, obtención del consentimiento informado tanto para el procedimiento como para la sedación.
3. Se cuenta con tecnología médica y suministros de emergencia disponibles fácilmente y personalizados según el tipo de sedación que se esté realizando, así como de la edad y condición médica del usuario.

Estándar AAQ.7.1. (Indispensable).

Los profesionales de salud responsables de la sedación de procedimiento y las personas responsables de monitorizar a los pacientes que reciben sedación se encuentran habilitados y certificados nacional o internacionalmente.

Intención de AAQ.7.1.

Las capacidades y competencias del médico anestesiólogo, licenciado en anestesiología e inhaloterapia responsable del usuario que recibe sedación se encuentran certificadas. Los profesionales comprenden los métodos de sedación según se relacionan con el usuario y el tipo de procedimiento realizado mejora la tolerancia del usuario a un procedimiento incómodo o doloroso, así como disminuye los riesgos de complicaciones. Los profesionales cuentan con la certificación en soporte vital avanzado de tal manera que puedan manejar los protocolos de las complicaciones relacionadas con sedación que incluyen principalmente depresión cardíaca o respiratoria igualmente tienen conocimiento de la farmacología de los agentes de sedación que se emplean, así como de los agentes de represión para disminuir los riesgos de resultados adversos.

El profesional responsable de la sedación de procedimiento debe ser competente en: Técnicas y diversos modos de sedación, farmacología de sedación, requerimientos de monitorización y respuesta ante complicaciones.

Elementos medibles de AAQ.7.1

1. Los profesionales de salud responsables de proporcionar sedación son competentes en los elementos: Técnicas y diversos modos de sedación, farmacología de sedación y reanimación avanzada, requerimientos de monitorización y respuesta ante complicaciones.
2. El personal para medico responsable de la monitorización de pacientes durante la sedación de procedimiento es competente en los elementos: requerimientos de monitorización, respuesta ante complicaciones y criterios de recuperación.
3. Las competencias de sedación de procedimiento para todo el personal implicado en la sedación están documentadas en los archivos de personal.

Estándar AAQ.7.2. (Indispensable).

La sedación de procedimiento se administra y monitoriza de acuerdo con directrices y protocolos de práctica profesionales nacionales e internacionales.

Intención de AAQ.7.2.

El grado de sedación ocurre en una continuidad de suave a profunda, y un paciente puede avanzar de un grado a otro. Muchos factores influyen en la respuesta del paciente a la sedación y pueden afectar el grado al que está sedado un paciente. Los factores incluyen los medicamentos que se administran, la vía y la dosificación, la edad del usuario pediátrico, adulto, geriátrico y la historia clínica del paciente. Si el estado físico del paciente se encuentra en alto riesgo se consideran las necesidades clínicas adicionales y la idoneidad de la sedación según el procedimiento.

La evaluación previa a la sedación ayuda a identificar cualquier factor que pueda causar algún impacto en la respuesta del paciente, así como la identificación de hallazgos significativos desde la monitorización, durante y después del procedimiento. El Médico anestesiólogo responsable y capacitado realiza una evaluación de la paciente previa a la sedación, pudiendo identificar:

- a) Cualquier problema de las vías respiratorias que pueda influir en el tipo de sedación que se utilice.
- b) Evaluar pacientes en riesgo en cuanto a la idoneidad de la sedación de procedimiento.
- c) Planificar el tipo y nivel de sedación que necesitará el paciente según el procedimiento que se está realizando.
- d) Administrar sedación de manera segura.
- e) Interpretar los hallazgos a partir de la monitorización del paciente durante la sedación de procedimiento y la recuperación.

Los pacientes a quienes se les practica sedación requieren la monitorización de:

- a) Nivel de conciencia, ventilación y oxigenación.
- b) La condición general del paciente.
- c) La frecuencia, el tipo y la cantidad del medicamento administrado.
- d) La duración del procedimiento.

Un profesional certificado es responsable de proporcionar monitorización ininterrumpida de los parámetros del paciente y de asistir en las medidas de apoyo o de reanimación hasta que el paciente esté recuperado de manera segura con su nivel básico de conciencia y los parámetros hemodinámicos estables. Los criterios objetivos ayudan a identificar a los pacientes que se recuperan o que están listos para darles el alta.

Los establecimientos prestadores de servicios de salud donde se realiza la práctica de la anestesiología deberán tomar en cuenta, los requisitos mínimos necesarios de infraestructura y equipamiento para la práctica en condiciones razonables de seguridad del paciente.

Elementos medibles de AAQ.7.2.

1. Existe una evaluación previa a la sedación, realizada y documentada, que incluye como mínimo los elementos para evaluar el riesgo y la idoneidad de la sedación de procedimiento para el paciente.
2. El personal de enfermería certificada o habilitada monitoriza al paciente durante el período de sedación y documenta la monitorización.
3. Se usan y documentan los criterios establecidos en la sala de recuperación para el alta del paciente.

Estándar AAQ.7.3. (Necesario).

Los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan con la sedación de procedimiento se discuten con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.

Intención de AAQ.7.3.

El proceso de planificación de la sedación incluye educar al paciente, a sus familiares o a quien toma decisiones sobre los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan con la sedación. Esta discusión se produce como parte del proceso para obtener consentimiento para la sedación.

Elementos medibles de AAQ.7.3.

El paciente, familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre:

1. El riesgo, beneficios y alternativas de la sedación quedando documentado en el expediente.
2. Educación sobre la analgesia posterior al procedimiento, quedando documentado en el expediente.
3. La autorización legal o consentimiento informado del paciente o su responsable quedando documentado en el expediente.

Estándar AAQ.8. (Indispensable).

Un profesional capacitado realiza una evaluación previa a la anestesia y a la inducción.

Intención de AAQ.8.

Debido a que la anestesia conlleva un alto riesgo, su administración se planifica cuidadosamente. La evaluación preanestésica del paciente sirve de base para dicha planificación, identificando los hallazgos derivados de la monitorización durante la anestesia y la recuperación que son significativos para el uso de analgesia posoperatoria.

La evaluación previa a la anestesia ofrece información que se necesita para:

- a) Identificar cualquier problema de las vías respiratorias.
- b) Seleccionar el tipo de anestesia.
- c) La administración deberá ser de forma segura de acuerdo con el anestésico, a los riesgos identificados y el tipo de cirugía.

Un médico anestesiólogo, licenciado en anestesiología e inhaloterapia realiza una evaluación previa a la anestesia, dicha evaluación puede realizarse antes de la admisión, antes del procedimiento quirúrgico o durante el procedimiento quirúrgico, como en los pacientes de emergencia o las pacientes obstétricas. La evaluación previa a la inducción es independiente de la evaluación previa a la anestesia, ya que se enfoca en la estabilidad fisiológica y en la disposición del paciente para la anestesia ocurriendo inmediatamente antes de la inducción anestésica. Cuando se debe proporcionar anestesia de emergencia, la evaluación previa a la anestesia y a la inducción pueden realizarse inmediatamente, una tras la otra, o simultáneamente, pero se documentan de forma independiente.

Elementos medibles de AAQ.8.

1. Se realiza una evaluación previa a la anestesia para cada paciente.
2. Se realiza una evaluación previa a la inducción independiente para reevaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
3. Las dos evaluaciones las realizan una o varios profesionales certificados y se documentan en el registro del paciente.

Estándar AAQ .9. (Indispensable).

Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente y se documentan la anestesia y la técnica en el expediente del paciente.

Intención de AAQ.9. (Indispensable).

La atención de anestesia se planifica cuidadosamente y se documenta en el registro de anestesia. El plan incluye información proveniente de otras evaluaciones de pacientes e identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos endovenosos, procedimientos de monitorización y atención prevista posterior a la anestesia. El agente anestésico, la dosis (cuando corresponda) y la técnica anestésica se documentan en el registro de anestesia del paciente.

Elementos medibles de AAQ.9.

1. La atención de anestesia de cada paciente se planifica y documenta en el expediente del paciente.
2. El agente anestésico, la dosis (cuando corresponda) y la técnica anestésica se documentan en el registro de anestesia del paciente.
3. El médico (a) anesthesiólogo, licenciado (a) en enfermería, licenciado(a) en anestesiología y los asistentes de anestesia se identifican en el registro de anestesia del paciente.

Estándar AAQ 10. (Necesario).

Los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan con la anestesia se discuten con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.

Intención de AAQ.10.

El proceso de planificación de anestesia incluye educar al paciente, familiares o a quien toma decisiones sobre los riesgos, beneficios y alternativas que se relacionan con la anestesia planificada y la analgesia posoperatoria. Esta planificación se produce como parte del proceso para obtener consentimiento para anestesia. Un médico anesthesiólogo u otro profesional certificado imparte esta educación.

Elementos medibles de AAQ.10.

1. El paciente, familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
2. El paciente, familiares o quienes toman las decisiones reciben educación acerca de la analgesia posoperatoria.
3. El anesthesiólogo u otro profesional certificado imparte y registra la educación.

Estándar AAQ.11. (Indispensable).

Se monitoriza el estado fisiológico de cada paciente durante la anestesia y la cirugía, de acuerdo con las directrices de práctica profesional y se deja constancia en la historia clínica del paciente.

Intención de AAQ.11.

La monitorización fisiológica proporciona información fiable acerca del estado del paciente durante la anestesia (general, espinal, regional y local) y el período de recuperación. Los resultados de la monitorización desencadenan decisiones intraoperatorias, así como decisiones posoperatorias claves, tales como regresar a cirugía, traslado a otro nivel de atención o dar el alta. La información de monitorización guía la atención; asimismo, identifica la necesidad de servicios de diagnóstico y de otro tipo. Los hallazgos de la monitorización se ingresan en el expediente del paciente.

Los métodos de monitorización dependen del estado previo a la anestesia del paciente, de la opción de anestesia y de la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo que se realiza durante la anestesia. En todos los casos la monitorización general durante la anestesia y la cirugía es congruente con la práctica profesional y se define en la política del establecimiento. Los resultados de monitorización se documentan en el expediente del paciente.

Elementos Medibles de AAQ.11.

1. Existe una hoja de registro para el monitoreo de los signos vitales del desde el ingreso hasta el alta.
2. Existen dentro de los lineamientos la indicación de colocar notas médicas y de enfermería al visualizar cambios en alteraciones durante la detección del monitoreo de los pacientes.

Estándar AAQ.11.1. (Indispensable).

El estado posterior a la anestesia de cada paciente se monitoriza y documenta; además, al paciente se le da el alta del área de recuperación por parte del médico anestesiólogo o licenciado (a) en anestesiología e inhaloterapia utilizando los criterios establecidos según protocolos nacionales e internacionales.

Intención de AAQ.11.1.

Debe registrarse la monitorización durante el período de anestesia y durante la recuperación posterior a la misma. La recopilación y el análisis constante y

sistemático de datos sobre el estado del paciente en la recuperación respaldan las decisiones acerca del traslado del paciente a otros entornos y servicios. El registro de datos de monitorización proporciona la documentación para respaldar la interrupción de la monitorización de recuperación o las decisiones para dar el alta. Cuando el paciente se le transfiere directamente del quirófano a la unidad de recepción, la monitorización y la documentación son las mismas que se requieren en la sala de recuperación.

Dar el alta de las áreas de recuperación posterior a la anestesia o la interrupción de la monitorización que se realiza por parte de un anestesiólogo o un licenciado (a) en anestesiología e inhaloterapia, de acuerdo con los protocolos del establecimiento, dejando en el expediente del paciente la evidencia del cumplimiento terapéutico según los criterios. Al paciente se le da el alta para una unidad que sea capaz de proporcionar atención posterior a la anestesia o a la sedación anotando la hora de llegada a esta.

Elementos medibles de AAQ.11.1.

1. Al paciente se les monitoriza durante el período de recuperación posterior a la anestesia.
2. Los hallazgos de la monitorización se documentan en el expediente clínico del paciente.
3. A los pacientes se les da el alta de la unidad de recuperación y se les interrumpe la monitorización de acuerdo con los criterios del establecimiento.
4. La hora en que se inicia y finaliza la recuperación está registrada en el expediente del paciente.

Atenciones quirúrgicas.

Objetivo: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimientos y paciente incorrecto.

Estándar AAQ.12. (Indispensable).

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

Intención de AAQ.12.

Debido a que la cirugía conlleva un alto nivel de riesgo, se planifica cuidadosamente su uso. Las evaluaciones del paciente constituyen la base para seleccionar el procedimiento quirúrgico apropiado y para identificar qué hallazgos durante la

monitorización pueden ser significativos. Las evaluaciones ofrecen información necesaria para:

- a) Seleccionar el procedimiento apropiado y el momento óptimo.
- b) Realizar los procedimientos de manera segura.
- c) Interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento se considera de acuerdo con la información resultado de la evaluación al momento de la admisión del paciente, la prueba de diagnóstico depende de la historia, la condición física, los datos de diagnóstico del paciente, los riesgos y beneficios. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un plazo abreviado cuando un paciente necesita cirugía de emergencia.

La atención quirúrgica planificada para el paciente se documenta en el expediente de este, donde se incluye un diagnóstico preoperatorio y el nombre del médico cirujano que realizará el procedimiento. El nombre del procedimiento quirúrgico en sí no constituye un diagnóstico.

Elementos medibles de AAQ.12.

1. Antes de realizar el procedimiento, el médico responsable incluye en la historia clínica del paciente la información de evaluación utilizada para desarrollar y respaldar el procedimiento invasivo o no invasivo planificado.
2. La atención quirúrgica de cada paciente se planifica basándose en la información de la evaluación.
3. Antes del procedimiento se incluyen en la historia clínica del paciente un diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado.

Estándar AAQ.12.1. (Indispensable).

La información acerca del procedimiento quirúrgico se documenta en el expediente del paciente para facilitar una atención continua.

Intención de AAQ .12.1.

La atención posterior a la cirugía de un paciente depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. El aspecto más importante es que todas las acciones y resultados esenciales para la condición del paciente se ingresan al expediente de este. Para apoyar la continuidad de la atención posterior a la cirugía, la información se registra en el resumen post quirúrgico y se agrega al expediente del paciente inmediatamente después de la cirugía y antes de ser trasladado a otra área. El

resumen postquirúrgico quedará documentado en el expediente clínico del paciente e incluirá, como mínimo:

- a) Diagnóstico preoperatorio.
- b) Diagnóstico posoperatorio.
- c) Nombre del primer cirujano responsable.
- d) Hora y fecha de la cirugía.
- e) Nombre del personal de enfermería, circular e instrumentistas y otro profesional que participe.
- f) La descripción de cada hallazgo de los procedimientos.
- g) Complicaciones perioperatorias.
- h) Descripción de las piezas anatómicas u otras muestras quirúrgicas enviadas para biopsias.
- i) Cantidad de sangre perdida, cantidad y tipo de sangre transfundida.
- j) Número de registro de todos los dispositivos implantables con su respectiva fecha de vencimiento.
- k) Registro del instrumental quirúrgico de entrada y de salida en cualquier medio impreso o electrónico.
- l) Lista de medicamentos administrados, dosis y vía de aplicación.

Alguna información puede estar contenida en otras anotaciones del expediente. Por ejemplo, la cantidad de sangre perdida y sangre transfundida pueden anotarse en el registro de anestesia, o bien, se puede mostrar información acerca de dispositivos implantables al emplear un adhesivo preimpreso del fabricante.

Las necesidades posquirúrgicas pueden cambiar como resultado de la mejora clínica o de nueva información procedente de una reevaluación normal, o bien evidenciarse por un cambio repentino en la condición del paciente. El plan de atención posquirúrgica se modifica en función de estos cambios y se deja constancia en la historia clínica como notas al plan inicial o como un plan de atención modificado o nuevo.

Elementos medibles de AAQ.12.1.

1. Los informes quirúrgicos, plantillas o notas operativas de avance incluyen, como mínimo, los siguientes elementos:
 - a) Diagnóstico preoperatorio.
 - b) Diagnostico posoperatorio.

- c) Nombre del primer cirujano responsable.
 - d) Hora y fecha de la cirugía.
 - e) Nombre del personal de enfermería circular e instrumentistas y otro profesional que participe.
 - f) La descripción de cada hallazgo de los procedimientos.
 - g) Complicaciones perioperatorias.
2. Descripción de las piezas anatómicas u otras muestras quirúrgicas enviadas para biopsias.
 3. Cantidad de sangre perdida, cantidad y tipo de sangre transfundida.
 4. Número de registro de todos los dispositivos implantables con su respectiva fecha de vencimiento.
 5. Registro del instrumental quirúrgico de entrada y de salida por medio impreso o electrónico.
 6. Lista de medicamentos administrados, dosis y vía de aplicación.

Estándar AAQ.12.2. (Indispensable).

La atención del paciente después de la cirugía se planifica y documenta en el expediente clínico impreso o virtual.

Intención de AAQ.12.2.

Las necesidades de atención posterior a la cirugía difieren según el procedimiento quirúrgico realizado y el historial médico del paciente. Además, algunos pacientes pueden requerir atención de otros servicios. En consecuencia, es necesario planificar tal atención, incluido el nivel y el entorno de esta, la monitorización o el tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamento u otro tratamiento y servicio.

La planificación de la atención posquirúrgica puede iniciar antes de la cirugía con base en las necesidades evaluadas y condición del paciente, así como el tipo de cirugía que se esté realizando. El plan de atención posquirúrgica también incluye las necesidades posoperatorias inmediatas del paciente.

Existe un procedimiento de agendamientos de cita antes del alta posquirúrgica utilizando un sistema Triage. La atención planificada se documenta en el expediente y se verifica por medio del servicio responsable, con el fin de garantizar la continuidad de los servicios durante el período de recuperación o rehabilitación.

Las necesidades posquirúrgicas pueden cambiar como resultado de la mejora, de un cambio repentino o una nueva evaluación de rutina en la condición del paciente. El plan de atención posquirúrgica se modifica con base en estos cambios y se documenta en el registro como notas al plan inicial o como un plan de atención modificado o nuevo.

En los centros de atención en donde se reciban referencias, retornos, interconsultas o solicitud de estudios postquirúrgicas, deberá gestionarse las diferentes agendas de los profesionales y servicios de salud a su cargo, para la concertación de citas en los días y franjas horarias de menor demanda, conforme a lo establecido de acuerdo con la política institucional.

Elementos medibles de AAQ. 12.2.

1. La atención posquirúrgica proporcionada por los profesionales de la salud satisface las necesidades inmediatas del paciente.
2. El o los planes postquirúrgicos de continuación se documentan en el expediente del paciente por parte del médico responsable o se verifican con una firma conjunta del primer cirujano en el plan documentado ingresado por este.
3. El plan de atención posquirúrgica de continuación o de otro tipo será con base en las necesidades del paciente.
4. Cuando se indica un cambio en el plan de atención posquirúrgica debido a las necesidades del paciente, este se deberá actualizar y modificar según la nueva evaluación por parte del médico cirujano a cargo.
5. La atención en donde se reciban referencias, retornos, interconsultas o solicitud de estudios postquirúrgicas, deberá gestionarse las diferentes agendas de los profesionales y servicios de Salud a su cargo, para la concertación de citas en los días y franjas horarias de menor demanda.

Estándar AAQ 13. (Indispensable).

La atención quirúrgica que incluye la implantación de un dispositivo se planifica con especial consideración a la forma en que los procesos y procedimientos estándar deben modificarse.

Intención de AAQ.13

Muchos procedimientos quirúrgicos implican la implantación de un dispositivo médico. Estos tipos de procedimientos quirúrgicos requieren que se deba modificar la atención para considerar factores especiales, tales como:

- a) Selección del dispositivo de acuerdo con la ciencia e investigación disponibles.
- b) Modificaciones a la lista de comprobación de la cirugía, con el fin de garantizar que estén los implantes presentes en el quirófano.
- c) Consideraciones especiales al marcar los puntos donde se realizará la cirugía.
- d) Las capacidades y la capacitación de cualquier personal técnico externo que se requieren durante el procedimiento de la implantación.
- e) Entendimiento del proceso y su informe para eventos adversos relacionados con los dispositivos.
- f) Consideraciones únicas de control de infecciones.
- g) Cualquier instrucción especial sobre el alta al paciente.
- h) La trazabilidad de los dispositivos en caso de un retiro.

Elementos medibles de AAQ.13.

- 1. Los servicios quirúrgicos del servicio definen los tipos de dispositivos implantables que se incluyen dentro del alcance de los servicios.
- 2. Las políticas y prácticas incluyen los elementos:
 - 2.1 Selección del dispositivo de acuerdo con la ciencia e investigación disponibles.
 - 2.2 Modificaciones a la lista de comprobación de la cirugía, con el fin de garantizar que estén los implantes presentes en el quirófano.
 - 2.3 Consideraciones especiales al marcar los puntos donde se realizará la cirugía,
 - 2.4 Las capacidades y la capacitación de cualquier personal técnico externo que se requieren durante el procedimiento de la implantación.
 - 2.5 Entendimiento del proceso y su informe para eventos adversos relacionados con los dispositivos.
 - 2.6 Consideraciones únicas de control de infecciones.
 - 2.7 Cualquier instrucción especial sobre el alta al paciente.
 - 2.8 La trazabilidad de los dispositivos en caso de un retiro.

CAPITULO VI

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS (MMU).

Objetivo: Establecer procesos organizativos que garanticen la recepción, almacenamiento, distribución, dispensación y administración sin cuasifallas o errores humanos.

Estándar MMU.1. (Indispensable).

El uso de medicamentos en los establecimientos está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con las leyes y normativas aplicables y se encuentra bajo la dirección técnica y la supervisión de un profesional Químico Farmacéutico u otro profesional habilitado.

Intención de MMU.1.

Los medicamentos, como recurso importante en la atención de pacientes, se deben organizar de manera eficaz y eficiente. El manejo de medicamentos no solo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino también de los gerentes y profesionales de la salud en las áreas de atención, sala de operación, áreas de pequeñas cirugías, áreas de curaciones entre otros. La forma en que se comparte la responsabilidad depende de la estructura y dotación de personal del servicio. En aquellos casos en que no haya una farmacia hospitalaria / botiquín presente, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica de acuerdo con la política del servicio de salud. En otros casos, en los que haya una farmacia hospitalaria esta puede organizar y controlar los medicamentos en todo el centro de salud a través de requisición de pedidos diarios. El manejo eficaz de medicamentos incluye todas las partes del hospital; pacientes hospitalizados, ambulatorios y unidades especializadas. Aunque los medicamentos se organicen dentro del hospital, una persona (profesional) habilitada supervisa directamente las actividades de la farmacia o el servicio farmacéutico.

La persona cuenta con habilitación y acreditación por la Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutico. Se incorporan las leyes y los reglamentos aplicables a la estructura de la organización y a las operaciones del sistema de manejo de medicamentos que se utiliza en el servicio.

a) Administración y Monitorización.

b) Monitorización de errores de medicación e incidentes de seguridad sin daño.

La revisión permite a los servicios comprender la necesidad y la prioridad de mejoras continuas del sistema en calidad y seguridad del uso de medicamentos.

Elementos medibles de MMU.1.

1. Registro de monitoreo del medicamento (traslado, almacenamiento temporal en planta o en el servicio y administración) desde la dispensación hasta la administración de este.

2. Procedimiento efectivo para organizar los medicamentos.
3. Están descrito en las normativas institucionales las responsabilidades de los diferentes profesionales en los procesos farmacéuticos (abastecimiento, despacho, traslado, prescripción, aplicación y control).
4. Cuentan con una política de salud del servicio referente al manejo de los medicamentos.
5. Todos los profesionales que están en farmacia o botiquín cuentan con sus habilitaciones y acreditaciones vigentes.

Estándar MMU.2. (Indispensable).

Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura en las áreas de atención al paciente.

Intención de MMU.2.

Se pueden almacenar medicamentos dentro las unidades de atención a usuarios o en la estación de enfermería de la unidad clínica. En todas las ubicaciones en donde se almacenen medicamentos, debe tener lo siguiente:

1. Los medicamentos almacenados en las unidades individuales de atención de los pacientes se almacenan en condiciones adecuadas para mantener la estabilidad.
2. Los medicamentos están protegidos contra pérdida o robo en todos los establecimientos.

Elementos medibles de MMU.2.

1. Los medicamentos se almacenan en condiciones adecuadas para la estabilidad del producto, incluyendo los medicamentos almacenados en las unidades individuales de atención de los pacientes.
2. Se presenta una descripción precisa de los medicamentos controladas de acuerdo con las leyes y reglamentos aplicables.
3. Los medicamentos y productos químicos utilizados para preparar medicamentos tienen etiquetas con información exacta del contenido, fechas de vencimiento, uso y advertencias.
4. En las unidades de atención a pacientes, se realizan inspecciones con regularidad, con el fin de garantizar que estos cumplan con las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) de acuerdo con las especificaciones del fabricante.

5. Los medicamentos están protegidos contra pérdida o robo en todo el servicio según la normativa interna.

Estándar MMU.3. (Necesario).

Existe un procedimiento para el almacenamiento de medicamentos y que requiere especial consideración.

Intención de MMU.3.

Existen algunos tipos de medicamentos que, debido a su riesgo de seguridad (medicamentos radioactivos), circunstancias inusuales (que lleve el usuario), la oportunidad de abuso o uso indebido (medicamentos de muestra y medicamentos de emergencia) o su especial naturaleza, requieren procedimientos especiales para almacenamiento y control de uso en los servicios. La documentación escrita aborda el procedimiento de la receta, la identificación del medicamento, almacenamiento y distribución.

Elementos medibles de MMU.3.

1. El Servicio establece e implementa un procedimiento para la forma en que se almacenan los medicamentos que requieren consideraciones especiales (suplementos nutricionales/parenterales, controlados, radiofármacos entre otros).
2. El Servicio establece e implementa un procedimiento para la identificación, forma de uso, dosificación y almacenamiento que lleva el paciente en el momento de la entrega.

Estándar MMU.4. (Indispensable).

Los medicamentos de emergencia están disponibles, monitorizados y seguros cuando se almacenan fuera de la farmacia.

Intención de MMU.4.

Cuando ocurren emergencias de los pacientes, es crítico el rápido acceso a medicamentos de emergencia, por lo que cada servicio de salud planifica la ubicación, suministro y resguardo, para evitar el abuso, robo o pérdida de los estos. Por ejemplo, en los quirófanos se encuentran agentes para revertir la anestesia. En consecuencia, el servicio de salud comprende el equilibrio entre acceso fácil y protección donde se almacenan los medicamentos de emergencia.

El procedimiento garantiza que se reemplacen los medicamentos cuando estén usados, dañados o vencidos.

Elementos medibles de MMU.4.

1. Los medicamentos de emergencia se encuentran disponibles en las unidades donde se necesitan o son fácilmente accesibles dentro del servicio para satisfacer las necesidades de emergencia.
2. El servicio implementa un proceso sobre la forma en que se almacenan, mantienen y protegen los medicamentos de emergencia contra pérdida o robo.
3. Los medicamentos de emergencia se monitorizan y reemplazan de manera oportuna después de su uso, vencimiento o daño.

Estándar MMU.5. (Necesario).

El servicio tiene un procedimiento para identificar, recuperar y reingresar de manera segura y correcta los medicamentos que retire de las áreas o servicios de atención al paciente.

Intención de MMU.5.

Existe un proceso que aborda cualquier uso o destrucción de medicamentos de los que se conoce que estén por vencer en los diferentes servicios de atención.

Elementos medibles de MMU.5.

1. Existe un proceso implementado de recuperación de medicamentos para reingresar.
2. El servicio de salud implementa un proceso para las transferencias de medicamentos que estén por vencer.
3. El servicio implementa un proceso para la destrucción de medicamentos de estén por vencer.

Órdenes y transcripción.

Objetivo: Establecer lineamientos necesarios que garanticen una adecuada transcripción en la prescripción.

Estándar MMU.6. (Indispensable).

La emisión de recetas, la colocación de órdenes y la transcripción de manera segura se guían por políticas, procedimientos y normativa vigente del servicio de salud.

Intención de MMU.6.

El personal médico, enfermería, farmacia y administrativo colabora para desarrollar y monitorizar las políticas y los procedimientos. Al personal médico (Dirección Nacional de Medicamentos, 2012) correspondiente se le capacita en prácticas

correctas de emisión de recetas, colocación de indicaciones y transcripción. Puesto que las recetas o las indicaciones de medicamentos que sean ilegibles ponen en riesgo la seguridad de los pacientes; el servicio de salud aborda acciones para reducir el problema de legibilidad.

Elementos medibles de MMU.6.

1. El servicio implementa un proceso para la emisión de recetas, colocación de indicaciones y transcripción seguras de medicamentos.
2. El servicio implementa un procedimiento para prevenir y controlar que las recetas y ordenes sean ilegibles, así como errores en la transcripción.
3. Al personal se le capacita en procedimientos correctos de emisión de recetas, colocación de indicaciones y transcripción.

Estándar MMU.7. (Necesario).

Los medicamentos recetados y administrados se escriben en el expediente impreso o virtual del paciente.

Intención de MMU.7.

El expediente de cada paciente al que se le prescribe contiene una lista de los medicamentos recetados donde se describe: La dosificación, vía de administración, concentración del medicamento, y horario de administración de este. Entre estos se incluye medicamentos administrados “según sea necesario”. Si esta información se registra en un formulario de medicamento separado, el formulario se inserta en el expediente del paciente al momento del alta o del traslado.

Elementos medibles de MMU.7.

1. Los medicamentos prescritos se registran para cada paciente de forma física o digital.
2. En el expediente clínico se encuentra la prescripción del medicamento, dosificación, concentración, vía y horario de administración.
3. La información de los medicamentos se incluye en el expediente físico o digital del paciente al momento del alta o del traslado.

Preparación y dispensación.

Estándar MMU.8. (Indispensable).

Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio.

Intención de MMU.8.

Las áreas fuera de la farmacia deben cumplir con las mismas medidas de seguridad y asepsia:

- a) Higiene de manos frecuente (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas).
- b) Uso de mascarillas y guantes.
- c) Limpiar y desinfectar frecuentemente las áreas de atención con hipoclorito de sodio al 0.5% o según protocolo institucional debidamente documentado.
- d) Evitar tocarse los ojos, nariz y boca.

El personal debe contar con capacitación y experiencia adecuada para la preparación y dispensación de medicamentos en un entorno limpio y seguro según las leyes, reglamentos y estándares. Ejemplo: manipulación de inyecciones intravenosas y epidurales entre otros.

Elementos medibles de MMU.8.

1. La preparación y dispensación de medicamentos acata las leyes, los reglamentos y los estándares de práctica profesionales.
2. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas limpias y seguras con tecnología médica, equipo y suministros apropiados.

Estándar MMU.9. (Indispensable).

Se cuenta con un proceso para la administración de medicamentos donde se verifica que sea correcta de acuerdo con la prescripción.

Intención de MMU.9.

En la preparación y administración de los medicamentos en el establecimiento, se identifica al personal autorizado para prepararlos o administrarlos.

La administración segura de medicamentos incluirá la verificación de:

- a) El nombre del medicamento prescrito.
- b) La fecha de vencimiento.
- c) La dosificación.
- d) La vía de administración.
- e) La identificación del paciente.
- f) Condiciones de almacenamiento.

El servicio dispensa medicamentos, es decir lleva un orden según la prioridad y riesgo la vida del paciente con el fin de minimizar errores durante la distribución y la administración. Cuando se retira un medicamento de su empaque original o se prepara para dispensar o administrar y este no se administra inmediatamente, cuando sea pertinente se debe rotular con el nombre, dosificación, concentración, indicaciones específicas de uso, conservación, fecha de preparación, vencimiento y nombre del paciente. La farmacia central y otros puntos de distribución localizados en todo el servicio usan el mismo procedimiento estandarizado de dispensación del medicamento.

Elementos medibles de MMU.9.

1. Existe un procedimiento estandarizado que demuestre trazabilidad en la dispensación y distribución de medicamentos en el establecimiento.
2. Cuando se retira un medicamento de su empaque original o se prepara para dispensar o administrar y este no se administra inmediatamente, cuando sea pertinente se debe rotular con el nombre, dosificación, concentración, indicaciones específicas de uso, conservación, fecha de preparación, vencimiento y nombre del paciente.
3. Los medicamentos se administran según la prescripción.
4. Se cuenta con un proceso seguro para la administración de los medicamentos en todo el establecimiento.

Administración de medicamentos.

Objetivo: Verificar continuamente que la administración sea por personal habilitado y que el medicamento, dosis, vía y tiempo de administración sea el correcto.

Estándar MMU.10. (Indispensable).

El servicio y la normativa vigente identifican a las personas (profesionales) habilitados quienes cuenten con permiso para administrar medicamentos.

Intención de MMU.10.

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia específica. Cada servicio es responsable de contratar personas con habilitación o certificación según la normativa vigente.

La administración de medicamentos de alto riesgo será realizada por profesionales autorizados y capacitados, con el objetivo de brindar seguridad al paciente.

Elementos medibles de MMU.10.

1. La administración de medicamentos de alto riesgo es aplicada por profesionales autorizados y capacitados.
2. Solo los profesionales que establezca la normativa se les permitirá la administración de medicamentos.
3. Existe un procedimiento para la administración de medicamentos en los pacientes.

Monitorización de los efectos de medicamentos en los pacientes.

Objetivo: Detectar, evaluar, analizar y notificar los efectos adversos de los medicamentos a través de un proceso establecido.

Estándar MMU.11. (Necesario).

Existe un protocolo para la monitorización de la detección y evaluación de efectos adversos, fallas terapéuticas y reacciones secundarias a medicamentos.

Intención de MMU.11.

Los profesionales involucrados en la prescripción y administración de medicamentos realizan una monitorización para la detección y evaluación de los efectos de estos, según la sintomatología, biometría hemática, que permite detectar efectos adversos, fallas terapéuticas y reacciones secundaria de medicamentos. Y estos como consecuencia de una mala administración o prescripción. Es necesario controlar la respuesta del paciente ante la primera dosis de un medicamento nuevo, este control pretenderá reportar la respuesta terapéutica de manera anticipada, como reacciones alérgicas y reacciones a medicamentos.

El servicio cuenta con política de farmacovigilancia para la detección de efectos de los medicamentos a través de la observación y documentación que deban notificarse bajo la normativa vigente.

Elementos medibles de MMU.11.

1. El servicio cuenta con comité de farmacovigilancia.
2. Dentro de las políticas del servicio existe dentro del proceso de constitución y funcionamiento de los comités de farmacovigilancia.

3. Las sospechas de reacciones adversa, fallas terapéuticas son notificadas por parte d los profesionales involucrados en la prescripción y administración de medicamentos.
4. Existen formularios para la notificación de reacciones adversa, fallas terapéuticas.
5. Las notificaciones se realizan en el tiempo oportuno según la gravedad y letalidad de los efectos de medicamentos del paciente:
 - Reacciones adversas graves o letales, deberán reportarse hasta siete días después de su identificación.
 - Las fallas terapéuticas deben notificarse inmediatamente a su identificación, principalmente si son más de dos casos.
 - Las reacciones adversas de medicamentos se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar MMU.12. (Indispensable).

Los errores y cuasi fallas de medicación se notifican mediante un proceso y marco de tiempo oportuno a las entidades regulatorias pertinentes.

Intención de MMU.12.

El servicio cuenta con un procedimiento para identificar, reportar y analizar error de medicación, empleando un formato estandarizado para el reporte. La capacitación del personal en cuanto al proceso y sensibilización acerca de la importancia de reportar dichos eventos para verificar la calidad y seguridad del medicamento.

El servicio cuenta con un programa educativo para evitar los errores de medicación.

Elementos medibles de MMU.12.

1. Existe un control de notificaciones de errores de medicación.
2. Cuentan con un proceso de análisis de los errores de medicación que genere un plan de acción de mejora continua, para optimizar el proceso de manejo y uso de medicamentos.
3. El servicio cuenta con personal capacitado para identificar y reportar errores de medicación.

Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo.

Objetivo: Prevenir errores de medicación con medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA.

Estándar MMU.13. (Indispensable).

El servicio de salud desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA.

Intención de MMU.13.

El listado de medicamentos LASA y de alto riesgo de los servicios farmacéuticos deben estar identificados a través de un sistema de semaforización y cada entidad será responsable de capacitar al personal asistencial, como médicos, auxiliares de farmacia y auxiliares de enfermería. La entidad debe documentar el procedimiento de identificación, clasificación y rotulación de medicamentos LASA, de tal forma que ofrezca información, orientación adecuada y eficaz sobre su manejo, para evitar errores de medicación.

Elementos Medibles de MMU.13.

1. Cuenta con el proceso de semaforización y dispensación de medicamentos LASA dentro de la institución dentro del nivel hospitalario como urgencias.
2. Establecer protocolos de medicamentos LASA.
3. Implantar lista de medicamentos LASA según su clasificación y color indicado para su identificación.
4. El personal médico, jefes, auxiliares de enfermería, auxiliares de farmacia y todos los colaboradores tengan conocimientos del procedimiento y la importancia de este.
5. Promover la correcta identificación de los medicamentos y la importancia de su clasificación para evitar posibles errores y por ende eventos adversos.
6. Promover el control de la dispensación y uso de los medicamentos LASA dentro de la institución garantizando así su control y total verificación para una correcta medicación y aplicación sin errores de confusión.

Seguridad en el proceso de medicación de alto riesgo y medicamentos LASA

Objetivo: Confirmar que el servicio maneja un protocolo para el “medicamento de alto riesgo” y medicamentos LASA (look alike sound alike).

Estándar. MMU 14. (Indispensable).

En las áreas donde se preparen y administren medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA se implementa la doble verificación para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de estos.

Intención de MMU .14

Los “medicamentos de alto riesgo” que son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan riesgo de causar daños graves a los pacientes. El LASA (look alike sound alike) es un medicamento que por su similitud con otro puede originar confusión, aunque no necesariamente un LASA es un medicamento de alto riesgo, ya que los errores de medicación que involucran a los medicamentos antes mencionados son los que producen la mayor cantidad de eventos centinela.

La prevención o disminución de los errores en la preparación y administración de los medicamentos debe ser un objetivo prioritario de los procedimientos en el uso racional de estos. La verificación en las preparaciones deberá coincidir exactamente con la prescripción médica, por lo que la supervisión de la entrega incorrecta del medicamento será parte de los reportes de eventos centinelas, principalmente los de alto riesgo y medicamentos LASA.

Elementos Medibles de MMU .14.

1. Existe un mecanismo de prevención en los errores de preparación y administración.
2. Cuentan con procedimientos controlados desde la preparación hasta la administración de los medicamentos.
3. Los comités de farmacovigilancia reportan los eventos centinelas en la entrega incorrecta de medicamentos.

Estándar MMU.15. (Indispensable).

El servicio cuenta con la disponibilidad de los medicamentos según las necesidades del paciente.

Intención de MMU 15.

Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencia o inmediatamente disponibles.

Cada servicio establece un listado de medicamentos y mantiene un inventario mínimo para surtir las prescripciones médicas. Esta decisión estará basada en su misión, las necesidades del paciente, la seguridad, el aspecto económico, el tipo de servicios prestados y la legislación aplicable vigente.

Los involucrados en la elaboración y la supervisión del listado de medicamentos son el personal que participa en cada uno de los procesos que lo conforman.

El servicio define los criterios que utilizará para guiar el proceso de agregar o eliminar medicamentos del listado. Estos criterios incluyen aspectos relacionados con el uso, costo, seguridad y efectividad de cada medicamento. También se define un proceso para monitorizarla respuesta del paciente a los medicamentos cuando ya se ha decidido agregar un medicamento al listado.

La lista de medicamentos se revisa, al menos, una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios y reacciones adversas, así como en la información relacionada con el análisis de errores y cuasi fallas de medicación.

Elementos Medibles de MMU.15.

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente, los servicios prestados y la legislación aplicable vigente.
2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro del servicio que se pueden obtener de manera inmediata.
3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.
4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas, errores y cuasifallas de medicación.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.
6. El servicio ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado.

7. El servicio ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado.

8. El proceso de monitorización está implementado y se ejecuta de acuerdo a lo planificado.

CAPITULO VII

EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (EPF).

Objetivo: Garantizar por medio de la educación y la información una participación activa dentro del proceso de recuperación y rehabilitación, respondiendo a las necesidades y expectativas durante la prestación del servicio y posterior aplicación del cuidado en casa.

La educación del paciente y su familia contribuye a que los pacientes entiendan mejor, participen y tomen decisiones bien informadas sobre su atención. Muchos miembros distintos del personal de la organización colaboran en el proceso de educar a los pacientes y las familias. La educación se produce cuando el paciente interacciona con su profesional sanitario en el equipo multidisciplinario. La educación del paciente empieza cuando el paciente entra en las instalaciones sanitarias y continúa durante todo el proceso de atención. El personal médico y de enfermería pueden iniciar el proceso, mientras que otros imparten educación cuando proporcionan servicios específicos, como rehabilitación o terapia de nutrición, u otras atenciones hospitalarias o ambulatorias. Porque son muchos los miembros del personal que educan a pacientes y familiares, es importante que coordinen sus actividades y se centren en lo que los pacientes necesitan aprender. Es fundamental que se comparta esta información entre el equipo multidisciplinario para que cada miembro de este sea consciente de qué educación se ha proporcionado, qué educación necesita un refuerzo continuo y qué educación debe todavía darse.

La educación efectiva comienza, por tanto, con una evaluación de las necesidades educativas del paciente y la familia. Esta evaluación determina no solo por lo que el paciente y su familia deben aprender sino un enfoque de riesgo epidemiológico y comunitario en el que habita. El aprendizaje debe tomarse en cuenta los valores

religiosos, culturales, las habilidades de lecto-escritura de la persona y el momento del proceso de atención en que se encuentra el usuario.

Estándar EPF .1. (Conveniente).

Los establecimientos educan a pacientes y las familias para que cuenten con el conocimiento y las destrezas para participar en los procesos y en las decisiones de la de atención.

Cada servicio inserta la educación en los procesos de atención en función de su misión, los servicios proporcionados y la población de pacientes atendidos. La educación se planifica para garantizar que a cada paciente se le ofrezca la educación que necesita.

El servicio elige la forma en que organiza sus recursos educativos de manera eficiente y eficaz, pudiendo optar por nombrar a un coordinador de educación o a un comité de educación, crear un servicio de educación o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar educación de manera coordinada.

Elementos medibles de EPF.1.

1. El establecimiento planifica la educación de manera congruente con su misión, sus servicios y su población de pacientes.
2. Existe una estructura o mecanismo establecidos para la educación en todo el establecimiento.
3. La estructura y los recursos educativos se organizan de manera efectiva.

Estándar EPF.2. (Conveniente).

Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica.

Intención de EPF.2.

La educación se centra en el conocimiento específico y las destrezas que necesitarán el paciente y su familia para tomar decisiones sobre la atención, participar en la misma y continuarla en casa. Esto contrasta con el flujo general de información entre el personal y el paciente, que es de tipo informativo, pero no de índole educativa.

Para comprender las necesidades educativas de cada paciente y su familia, existe un proceso de evaluación que identifica los tipos de cirugías, otros procedimientos invasivos y tratamientos planificados, las necesidades de enfermería que van ligadas y las necesidades de atención continuada después del alta. Esta evaluación permite

que las personas encargadas del cuidado del paciente planifiquen e impartan la educación que se necesite.

El personal del establecimiento proporciona educación a los pacientes y sus familias para respaldar las decisiones durante el proceso de atención. La educación proporcionada como parte del proceso de obtención del consentimiento informado para un tratamiento (por ejemplo, para cirugía y anestesia) se registra en la historia clínica del paciente. Además, cuando un paciente o familiar participa directamente en los cuidados (por ejemplo, cambiando vendajes, alimentando al paciente, administrando medicamentos y tratamientos), necesitan recibir educación al respecto.

Una vez identificadas las necesidades educativas, se registran en la historia clínica del paciente. Esto ayuda a que todos los encargados de la atención del paciente participen en el proceso de educación. Cada establecimiento decide dónde y en qué formato se recoge en la historia clínica del paciente la evaluación educativa, la planificación y la entrega de información.

Elementos medibles de EPF.2.

1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de la familia.
2. Los hallazgos de la evaluación de necesidades educativas quedan registrados en la historia clínica del paciente.
3. Todo el personal registra la educación del paciente de manera uniforme.

Estándar EPF.2.1. (Conveniente).

Se evalúa la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.

Intención de EPF.2.1.

Se identifican las fortalezas y deficiencias de conocimiento y destrezas y se usan para planificar la educación. Existen muchas variables del paciente que determinan si el paciente y la familia tienen disponibilidad y capacidad de aprender. En consecuencia, para planificar la educación, el establecimiento debe evaluar:

- El nivel de alfabetización del paciente y de la familia, lo que incluye su alfabetización en salud, nivel educativo e idioma;
- Barreras emocionales y motivaciones; y
- Limitaciones físicas y cognitivas.

Elementos medibles de EPF.2.1.

1. Se evalúa el nivel de alfabetización del paciente, lo que incluye su alfabetización en salud, nivel educativo e idioma.
2. Se evalúan las barreras emocionales y motivaciones del paciente.
3. Se evalúan las limitaciones físicas y cognitivas del paciente.
4. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.

Estándar EPF.3. (Conveniente).

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para que se produzca el aprendizaje.

Intención de EPF.3.

El aprendizaje se produce cuando se presta atención a los métodos utilizados para educar a pacientes y familiares. Comprender a los pacientes y a las familias ayuda al establecimiento a 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. A los pacientes y sus familias se les exhorta a participar en el proceso de atención para que se expresen y planteen preguntas al personal, con el fin de garantizar una correcta comprensión y la participación prevista. El personal reconoce la importante función que desempeñan los pacientes en proporcionar una atención segura y de alta calidad. La oportunidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite recibir comentarios para garantizar que la información se comprenda, sea útil y utilizable. El establecimiento decide cuándo y cómo se refuerza la educación verbal con materiales escritos para mejorar la comprensión y proporcionar una futura referencia educativa.

Elementos medibles de EPF.3.

1. El proceso educativo tiene en cuenta los valores y preferencia de aprendizaje del paciente y su familia.
2. Existe un proceso para verificar que los pacientes y las familias reciben y comprenden la educación que se proporciona.
3. Aquellos que proporcionan la educación exhortan a los pacientes y sus familias a plantear preguntas y a expresarse como participantes activos.

4. La información verbal se refuerza con material escrito relacionado con las necesidades del paciente y en congruencia con las preferencias de aprendizaje del paciente y la familia.

Estándar EPF.4. (Conveniente).

Los profesionales sanitarios que brindan atención al paciente colaboran para proporcionar educación.

Intención de EPF.4.

Cuando los profesionales sanitarios comprenden la contribución de cada uno en la educación del paciente, pueden colaborar con más eficiencia. A su vez, la colaboración ayuda a garantizar que la información que reciben los pacientes y las familias sea integral, congruente y lo más efectiva posible. La colaboración se basa en las necesidades del paciente y, en consecuencia, puede que no siempre sea necesaria. Tener conocimiento del tema específico, disponer de tiempo adecuado y ser capaz de comunicarse de forma eficaz son consideraciones importantes para una educación efectiva.

Elementos medibles de EPF.4.

1. La educación del paciente y su familia se proporciona de manera colaborativa cuando así se indique.
2. Las personas que imparten educación poseen los conocimientos en el tema específico para hacerlo.
3. Las personas que imparten educación disponen del tiempo adecuado para hacerlo.
4. Las personas que imparten educación cuentan con las destrezas de comunicación para hacerlo.

Manejo de la comunicación efectiva.

Objetivo

Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Estándar EPF.5. (Necesario).

El establecimiento desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación oral o telefónica entre los profesionales sanitarios.

Intención de EPF.5.

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes o indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Y en cualquier tipo de comunicación la información deberá quedar impresa en el expediente del paciente.

Elementos Medibles de EPF.5.

1. El servicio implementa un proceso para dejar documentada las indicaciones verbales en el expediente del paciente.
2. Siempre se coloca el nombre del responsable de las indicaciones telefónicas en el expediente del paciente.
3. La información es veraz, inequívoca, precisa según el que ha proporcionado tales indicaciones verbales.

Estándar EPF.6. (Indispensable).

La entidad de salud desarrolla e implementa un proceso para informar acerca de resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Intención de EPF.6.

Es muy importante que cada organización, identifique todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones clínicas o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (telefónica o presencial), y se asegure que barrera de seguridad se realice de manera correcta, en el momento oportuno (en el momento de la recepción) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

Elementos Medibles de EPF.6.

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal.

2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal.

Estándar EPF.7. (Necesario).

El servicio desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación.

Intención de EPF.7.

La comunicación efectiva dentro de un servicio de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del servicio de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: Entre los grupos profesionales, entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas. Las autoridades del servicio no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de EPF.7.

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todo el establecimiento.
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del servicio y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.

Estándar EPF.8. (Necesario).

La entidad desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación.

Intención de EPF.8.

La comunicación debe ser eficaz, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por el receptor para minimizar los errores y mejorar la seguridad del paciente.

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita al igual que las órdenes verbales o telefónicas en la atención del paciente principalmente para comunicar resultados críticos de pruebas diagnósticas.

La seguridad y el cuidado de las prescripciones que se dan de forma verbal o telefónica son las más propensas a errores por lo que las leyes y reglamentos locales deben ser claras al respecto para la prevención de tales errores permiten.

Los distintos acentos, dialectos y pronunciaciones pueden dificultar la comprensión de la prescripción por parte del receptor. Por ejemplo, nombres de medicamentos parecidos, como por ejemplo eritromicina y azitromicina, o tres y trece pueden afectar la precisión de la prescripción. El ruido de fondo, las interrupciones y los nombres de medicamentos o la terminología desconocidos con frecuencia agravan el problema. Una vez recibida, la prescripción verbal se debe transcribir para que sea una orden escrita, lo que agrega complejidad y riesgo al proceso.

La notificación de resultados críticos de pruebas diagnósticas es también una cuestión de seguridad de los pacientes. Las pruebas diagnósticas incluyen, pero no solamente: Análisis de laboratorio, exámenes radiológicos, pruebas de medicina nuclear, procedimientos por ultrasonido, estudios de resonancia magnética, pruebas diagnósticas cardíacas y otras. Estas incluyen cualquier prueba diagnóstica realizada junto a la cama, como por ejemplo análisis a pie de cama, radiografías portátiles, ultrasonidos a pie de cama o ecocardiogramas transesofágicos. La existencia de un sistema formal de notificación que identifica claramente la manera de comunicar a los profesionales sanitarios los resultados críticos de las pruebas diagnósticas y la forma en la que la información se debe registrar disminuyen los riesgos para los pacientes.

Las transferencias de pacientes con los trasposos de información dentro de las instalaciones pueden producirse:

- a) Entre profesionales sanitarios (por ejemplo, entre médico y médico, entre médico y enfermera, entre enfermera y enfermera, etc.);
- b) Entre distintos niveles de atención de la misma entidad de salud (por ejemplo, cuando el paciente es trasladado desde una unidad de cuidados intensivos a una unidad médica, o desde el servicio de urgencias al quirófano);
- c) Desde las plantas de hospitalización a las unidades de diagnóstico u otros servicios de tratamiento, como por ejemplo radiología o fisioterapia; y

d) Entre profesionales y pacientes/familiares, como en el proceso de alta.

Las rupturas de la comunicación pueden producirse durante cualquier transferencia de la atención al paciente y ocasionar eventos adversos. Las interrupciones y otras distracciones en las actividades de los profesionales pueden impedir la transmisión clara de información importante sobre el paciente. La estandarización de los contenidos fundamentales de la comunicación entre el paciente, su familia, el cuidador y los profesionales sanitarios puede mejorar de manera significativa los resultados relacionados con las transferencias de la atención de los pacientes.

Un proceso de transferencia consistente y completo se apoya en la utilización de formularios, instrumentos o métodos estandarizados. El contenido de la información, así como el formulario, instrumento o método utilizados se normalizan según el tipo de traspaso, aunque los procesos de transferencia pueden ser diferentes para los distintos tipos que se realizan en la institución. Por ejemplo, el traspaso de un paciente desde urgencias a hospitalización puede requerir un proceso o un contenido distinto que las transferencias al quirófano o a la unidad de cuidados intensivos. Si se utilizan formularios o instrumentos para el traspaso de información, es necesario que formen parte del expediente clínica del paciente, aunque no es preciso incluirlos en la historia clínica en forma detallada tal como comunicó. Por ejemplo, el profesional sanitario dejaría registrado que completó la transferencia del paciente y a quién traspasó la atención, y después firmar, incluyendo fecha y hora del registro.

Una práctica segura para la comunicación efectiva incluye lo siguiente:

- a) Limitar la comunicación verbal de órdenes de prescripción o de medicación a situaciones urgentes en las cuales la comunicación escrita o electrónica no es factible. Por ejemplo, las órdenes verbales pueden ser rechazadas si el prescriptor y el historial del paciente se encuentran disponibles. Las órdenes verbales se pueden restringir a situaciones en las cuales es difícil o imposible su impresión o transmisión electrónica.
- b) Elaborar directrices para solicitar y recibir resultados de pruebas durante una emergencia, la identificación y definiciones de las pruebas y los resultados considerados críticos, quién informa a quién de los resultados críticos de dichos análisis, y monitorizar su cumplimiento.

- c) Si el receptor de la información anote (o registre electrónicamente) la orden completa o el resultado de la prueba; que lea en voz alta dicha orden o resultado; y que el emisor confirme que lo que se ha escrito y leído es preciso. Pueden buscarse alternativas adecuadas para cuando no sea posible realizar el proceso de lectura, como por ejemplo en el quirófano y en situaciones de emergencia en el área de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos.

Elementos medibles de EPF.8.

1. Durante las transferencias de la atención del paciente se debe utilizar procesos estandarizados y básicos para la comunicación entre el paciente, la familia, el profesional sanitario y otros posibles implicados en la atención.
2. Utilizar formularios o instrumentos estandarizados para facilitar que las transferencias sean consistentes y completas.
3. Todo documento que haga constar de las indicaciones de transferencia de los pacientes u otras debe estar incluido en la historia clínica del paciente.
4. La institución ha determinado quién notifica y a quién los resultados críticos de pruebas diagnósticas.
5. El establecimiento que brinda el servicio ha establecido qué información se debe registrar en la historia clínica del paciente y en el expediente clínico.
6. Durante los procesos de transferencia de pacientes los profesionales intercambian la información básica de manera estandarizada.
7. El proceso de transferencia se apoya en formularios, instrumentos o métodos estandarizados para que sea completo y consistente.
8. Se monitoriza la información sobre los eventos adversos que sean consecuencia de la inadecuada comunicación Transferencias, y se utiliza para identificar cómo mejorar dichos procesos de transferencia y estas mejoras se implementan.

Estándar EPF.9. (Necesario).

La comunicación es efectiva en toda la organización.

Intención de EPF.9

La comunicación efectiva dentro de un servicio de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del servicio de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, las áreas y servicios; entre grupos profesionales y no profesionales; entre los

profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones nacionales e internacionales.

Las autoridades del servicio no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de EPF.9.

1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del servicio y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.

Estándar EPF.10. (Indispensable).

Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

Intención de EPF.10.

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación, a través de mecanismos formales (comités permanentes y equipos conjuntos, entre otros) e informales (boletines informativos y trípticos, entre otros) para la promoción de la comunicación entre servicios e individuos. La coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada área, de los servicios y de la colaboración en la definición de procesos con enfoque de sistema.

Elementos Medibles de EPF.10.

1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos del paciente.

SEGUNDA PARTE
ESTÁNDARES DE GESTIÓN.
OBJETIVOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad del paciente se define como un “Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Por tanto, es el resultado de la seguridad del sistema sanitario, del establecimiento y de la seguridad clínica, no solo de la actuación del médico o del personal de salud. Por lo que constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas.

La Joint Comission International menciona que la seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.

Los objetivos internacionales para la seguridad del paciente (OISP), se articulan utilizando los estándares internacionales para establecimientos de salud. El propósito es promover la mejora continua en la seguridad de los pacientes. Principalmente en áreas problemáticas de la atención sanitaria, a través de proporcionar soluciones basadas en la evidencia por expertos en evaluación de la calidad.

Las OISP son un componente total de la calidad en la atención médica, que según la OMS consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Teniendo en cuenta que la existencia de un diseño sólido del sistema es algo inherente a toda atención sanitaria segura y de alta calidad, los objetivos se deben centrar, en la medida de lo posible, en soluciones a nivel de sistema y de los procesos.

Los objetivos internacionales se estructuran inmersos en los estándares, incluyendo la intención del estándar y los elementos medibles.

CAPITULO I

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (MCSP).

Objetivo: Prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.

Para la de seguridad del paciente, es muy importante que cada organización diseñe el proceso de identificación del paciente, fundamentado en estos lineamientos que certifique que la barrera de seguridad se realiza de manera correcta (utilizando los dos datos de identificación) y en el momento oportuno (antes de los momentos críticos) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

La seguridad del paciente es definida como “una estrategia específica para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de los establecimientos de salud”, siendo líneas importantes de aplicación a nivel internacional para promover mejoras específicas en el proceso de atención médica segura y de alta calidad al paciente, basadas en evidencias científicas y creadas por el conocimiento de expertos.

ENFOQUE.

Los estándares incluidos en este capítulo (OISP) se encargan de:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Seguridad de los procedimientos no invasivos e invasivos.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

Identificación correcta de los pacientes.

Objetivo

La identificación del paciente debe ser confiable a través de todo el proceso de atención y en los diferentes servicios, procedimientos o tratamientos para que esta sea coincidente.

Estándar MCSP.1 (Indispensable).

El servicio de salud desarrolla e implementa un proceso para mejorar la identificación correcta de los pacientes.

Intención de MCSP.1

Los errores del paciente incorrecto ocurren prácticamente en todos los aspectos del diagnóstico y el tratamiento. Los pacientes pueden estar:

- a) Sedados, desorientados,
- b) En estado comatoso,
- c) Cambiar de camas, consultorios o ubicaciones dentro del establecimiento,
- d) Tener discapacidades sensoriales,
- e) Con trastornos de memoria,
- f) Estar sujetos a otras situaciones que podrían accionar errores en la identificación correcta.

La intención de este objetivo es doble: Primero, el de identificar de manera fiable al individuo como la persona que recibirá el servicio o tratamiento de salud, segundo; hacer coincidir el servicio o tratamiento con el individuo.

El proceso de identificación requiere de al menos dos maneras en las cuales se identifica al paciente, como, por ejemplo: El nombre, el número de un documento de identificación o la fecha de nacimiento, este identificador se utiliza en todas las ubicaciones del establecimiento.

Se necesitan dos identificadores distintos para cualquier proceso en que se involucre el paciente. Por ejemplo, antes de la ejecución de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico como en el caso de las áreas de urgencias a través de un documento de identidad y simultáneamente el número de afiliación de acuerdo con la política del establecimiento.

Los momentos críticos ya que se han identificado por presentar mayor número de eventos centinela en la atención médica.

Es importante que, como primer paso para poder diseñar el proceso de identificación del paciente acorde al propósito de este estándar, se analicen todos los momentos críticos para precisar el reconocimiento del paciente que se presenta en el establecimiento, así como en qué áreas o servicios y quién los lleva a cabo.

El servicio debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Elementos medibles de MCSP.1

1. El proceso para identificar a los pacientes se define de manera multidisciplinaria y se implementa antes de los siguientes momentos críticos:

- La administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- De la transfusión de sangre y hemo componentes.
- Al inicio de la sesión de hemodiálisis.
- De la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
- De la realización de estudios de gabinete.
- Traslados dentro y fuera de la organización.
- De la dotación de dietas.
- De la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- De la aplicación de vacunas o cualquier medicamento con vía de administración parenteral.
- Realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo.
- Manejo de cadáveres.
- Toma de biopsias.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Terapia Electroconvulsiva (TEC).
- Colocación de accesos vasculares.

2. En el servicio se define los procedimientos invasivos y de alto riesgo en los que se llevará a cabo la identificación del paciente con el uso de al menos dos datos, por lo que se consideran los siguientes:

-Los pacientes son reconocidos por medio de dos identificadores, que no incluyen el uso del número de consultorio o ubicación del paciente dentro del establecimiento.

-Los pacientes son identificados antes de que se les suministren tratamientos y procedimientos.

-Los pacientes son reconocidos por uno o más identificadores en el momento del alta, referencia a otro servicio o transferencia a la morgue.

Estándar MCSP.2. (Indispensable).

El servicio identifica todas las áreas críticas para la identificación del paciente.

Intención de MCSP .2.

La organización identificó y realizó un listado de las áreas críticos para la identificación del paciente.

La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.

Elementos Medibles de MCSP .2.

1. Existen procesos definidos en las áreas críticas o de riesgo para la identificación del paciente.
2. En el servicio hay un rol de personal encargado de la identificación de los pacientes en las áreas críticas o de riesgo.
3. Existe disponibilidad de los dispositivos que se le colocaran al paciente para su adecuada identificación.

Comunicación efectiva.

Objetivo: La comunicación efectiva proveerá una mayor resolución y prevención de errores en los procesos de atención.

Estándar MCSP.3. (Necesario)

En los establecimientos se desarrollan e implementan procesos para mejorar la efectividad de la comunicación verbal o telefónica entre los profesionales de la salud.

Intención de MCSP.3.

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

La implementación se enfoca en el receptor, ya que este estándar debe implementarse en todas las organizaciones en las cuales se reciben indicaciones clínicas y resultados de laboratorio, ya sea de manera presencial o, quien va a llevar a cabo el proceso de Escuchar-Escribir-Leer para que el emisor confirme.

Elementos Medibles de MCSP .3.

1. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal y escrito.
2. Se define el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar en toda atención brindada al paciente.

Estándar MCSP.4. (Necesario).

Existe un proceso de comunicación efectiva que asegure la transmisión de la información bajo el ciclo de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, en el momento oportuno por parte del personal que cuente con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

Intención de MCSP 4.

La organización diseña, en colaboración multidisciplinaria, un proceso para recibir órdenes o indicaciones clínicas y resultados de laboratorio y gabinete verbales y telefónicos, mediante la implementación del proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar que consiste en:

- a) Escuchar completamente la indicación o el resultado,
- b) Escribir (medio impreso o electrónico) la indicación o el resultado de laboratorio o gabinete,

- c) Leer la indicación o el resultado, tal como se escribió,
- d) Hay que confirmar que el receptor anotó y leyó la información con exactitud.

Es importante que la organización tome en cuenta la transcripción que puede llegar a realizarse del lugar donde se escribe la indicación o resultado al expediente clínico. Si es así, es necesario considerar esta transcripción dentro del Sistema de Medicación.

Se establece la alternativa de Escuchar-Repetir-Confirmar cuando el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** cuando esta no sea posible; por ejemplo, durante la realización de procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia; el proceso alternativo deberá consistir en escuchar la indicación o el resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es lo correcto.

Se define una ubicación estandarizada para escribir la información recibida con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información teniendo en cuenta, que la ubicación de esta información escrita en una hoja, formato unificado o no facilite la localización dentro del expediente clínico.

Puede ser que el servicio defina diferentes ubicaciones uno para indicaciones y uno para resultados de laboratorio y gabinete o diferentes ubicaciones dependiendo del servicio.

La realización oportuna y en el orden establecido del proceso Escuchar-Escribir-Leer.

Confirmar reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela cuando se reciben indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete de manera presencial o telefónica.

Elementos Medibles de MCSP .4.

1. El servicio identificara y realizara un listado en donde se definen todas las áreas, servicios o situaciones en las que el personal pueda recibir indicaciones y resultados de laboratorio o gabinete de manera presencial o telefónica.
2. El establecimiento define los procedimientos y documentos estandarizados para escribir las órdenes, indicaciones y resultados dados de manera verbal o telefónica.
3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.

4. El servicio desarrolla e implementa un proceso para informar acerca de resultados críticos de pruebas diagnósticas.
5. El servicio desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación.

Estándar MCSP .5. (Conveniente).

La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

Intención de MCSP .5.

Los pacientes solo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones orales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales.

Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importante tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños traductores como último recurso.

Elementos medibles de MCSP .5.

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensible.
3. Las Cartas de los Derechos de los Pacientes se expresan en un formato, lenguaje e idioma comprensibles para la población que atiende el servicio de atención médica.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del mismo. Es muy importante que cada organización implemente ambas acciones con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación. Como barrera de seguridad la doble verificación, debe realizarse de manera correcta

(con dos personas durante la administración o preparación) en el momento oportuno (mientras se lleva a cabo la preparación o administración de todo medicamento) y por personal con las competencias necesarias.

Estándar MCSP .6. (Indispensable).

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente en la administración de los mismos.

Intención de MCSP .6.

Este estándar debe ser implementado en todas las organizaciones en las cuales se preparen o se administren los siguientes medicamentos:

- a) Electrolitos concentrados.
- b) Quimioterapia.
- c) Radiofármacos.
- d) Insulinas.
- e) Anticoagulantes por vía parenteral.
- f) Hemoderivados.

Los errores de medicación que involucran a los medicamentos antes mencionados son los que producen la mayor cantidad de eventos centinela.

Electrolitos concentrados.

Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la preparación o administración errónea de los electrolitos concentrados. Este error puede ocurrir por diversos factores, por ejemplo, falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las áreas de atención al paciente, no almacenarlos de manera continua en dichas áreas y separarlas del resto de los medicamentos.

La organización identifica en qué áreas es crítico almacenar de manera permanente electrolitos concentrados (por ejemplo, servicio de urgencias, carros de paro, unidades de terapia intensiva, contenedores de medicamentos de emergencia) y define el tiempo máximo de permanencia en las áreas donde se administran, a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con electrolitos concentrados.

Un ejemplo, es solicitar los electrolitos concentrados al almacén o farmacia con un tiempo determinado previo a la preparación y administración de éstos en áreas de hospitalización o servicios donde serán utilizados para reducir el tiempo en que se encuentran en las áreas de En colaboración multidisciplinaria se define un proceso para evitar el almacenamiento de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de preparación y administración.

En el caso de electrolitos concentrados, se establece una alerta visual individual definida por la organización, la cual es independiente de lo contenido en la etiqueta colocada por el fabricante. El fin de esta alerta visual es ayudar al personal de cada organización a identificarlos claramente como de alto riesgo.

La organización lleva a cabo un análisis, de acuerdo con su contexto y tipo de pacientes que atiende, para determinar cuáles son los medicamentos de alto riesgo establecidos en esta meta.

Doble verificación.

En las áreas donde se preparen y administren medicamentos de alto riesgo se implementa la **Doble Verificación** para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.

La *doble* verificación se realiza durante la preparación y la administración de, al menos, los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- a) Electrolitos concentrados.
- b) Quimioterapéuticos.
- c) Radiofármacos.
- d) Insulinas.
- e) Anticoagulantes vía parenteral.

La doble verificación o doble “chequeo” durante los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo, es una buena práctica basada en la evidencia.

Ésta se realiza durante dos momentos:

- a) La primera durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo por dos personas competentes.
- b) La segunda durante el proceso de administración de medicamentos por dos personas competentes en el momento de la administración.

Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.

La función de las dos personas competentes es que la primera realiza la acción (preparación y administración) y la segunda realiza un proceso consciente de verificación justo en el momento que esa acción (preparación y administración) se está realizando.

La doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo se omite en situaciones de urgencia.

Para diseñar e implementar el proceso de doble verificación acorde al propósito de este estándar, la organización debe identificar y analizar todas las áreas y servicios en donde se preparan o administran estos medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral).

Elementos Medibles de MCSP .6.

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente: Ubicación, etiquetado individual y resguardo de electrolitos concentrados.
2. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de: Electrolitos concentrados, quimioterapias, radiofármacos, Insulinas, anticoagulantes parenterales.
3. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
4. Los electrolitos concentrados se etiquetan de manera individual.
5. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

Seguridad de los procedimientos invasivos y no invasivos

Estándar MCSP .7. (Indispensable).

Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Los procedimientos para la admisión de pacientes que recibirán servicios invasivos o no invasivos se encuentran estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos.

Intención de MCSP .7.

El personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- a) Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento,
- b) La falta de participación del paciente, y
- c) La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el protocolo universal, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.

Los tres procesos esenciales que conforman el protocolo universal son:

- a) Marcado del sitio anatómico.
- b) Proceso de verificación pre-procedimiento.
- c) Tiempo fuera o “time-out”.

El Protocolo Universal debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine.

Marcado del sitio anatómico.

Cuando es posible, el marcado del sitio anatómico involucra la participación del paciente o su tutor responsable cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (por ejemplo, dedos de las manos) o niveles múltiples (por ejemplo, columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente (por ejemplo, en cirugía cardíaca donde el abordaje quirúrgico para un mismo procedimiento puede ser esternal o costal).

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento; sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno, médico residente o personal de enfermería supervisado y validado por el médico responsable u otro personal clínico competente, siempre y cuando conozca el caso del paciente y vaya a estar presente durante el procedimiento.

En la cirugía oftalmológica se debe marcar la piel del paciente (por ejemplo, frente, párpado u órbita).

En los procedimientos odontológicos se omite el marcado, por lo que debe elaborarse siempre un odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.

El marcado del sitio anatómico puede omitirse en los siguientes casos y realizarse de manera documental:

- a) Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.
- b) Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo, en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

- c) En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo el marcado documental.
- d) Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo, en mucosas o perineo.
- e) En pacientes prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.
- f) Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel, aun después de brindarle educación acerca de su seguridad.

Verificación pre-procedimiento.

El propósito del **proceso de verificación pre-procedimiento** es confirmar:

- a) El paciente correcto.
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- e) Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
- f) Alergias.
- g) Riesgo de sangrado, si corresponde.
- h) Entre otros que defina la organización.

En el caso de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, también debe de llevarse a cabo un proceso de verificación pre-procedimiento con el propósito de verificar, al menos, lo siguiente:

- a) El paciente correcto.
- b) El procedimiento correcto.
- c) La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes.
- d) Que estén debidamente identificados.
- e) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.

- f) Las alergias del paciente.
- g) El filtro correcto (independientemente si se reúsan filtros).
- h) La identificación del acceso vascular.

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica de cada servicio.

Tiempo fuera.

El tiempo fuera o “Time Out” es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia.

Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correcto. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento. La organización define la manera en que el proceso será documentado.

La realización del “tiempo fuera” tiene como propósito llevar a cabo el procedimiento o tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto, o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- a) Transfusión de sangre y hemo componentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemo componente correcto).
- b) Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- c) Terapia de remplazo renal con hemodiálisis (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- d) Procedimientos quirúrgicos.
- e) Toma de biopsias.
- f) Procedimientos odontológicos en unidades ambulatorias.
- g) Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- h) Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.

i) Terapia Electroconvulsiva (TEC).

j) Colocación de accesos vasculares.

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la Terapia de Reemplazo Renal con Hemodiálisis siempre debe llevarse a cabo, para asegurarse que sea el filtro prescrito y, si corresponde, que sea el filtro del paciente en caso de reúsos.

Como primer paso para poder diseñar e implementar el Protocolo Universal o, al menos tiempo fuera, deberá llevarse a cabo un análisis e identificación de todos los procedimientos en los cuales se debe realizar el Protocolo Universal o al menos, el tiempo fuera.

Cada organización define si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera, por ejemplo, el lente intraocular correcto en cirugía de catarata.

Se deberá brindar educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo la organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Elementos Medibles de MCSP .7.

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.
2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.
3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda.
4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.
5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:
 - El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
 - El procedimiento correcto.

- La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
 - Marcado del sitio anatómico, si corresponde
 - Alergias del paciente.
 - Riesgo de sangrado.
 - Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
6. Se realiza y se documenta el tiempo fuera o “Time Out” en el lugar donde se realiza el procedimiento, con la presencia de todo el equipo multidisciplinario y justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
 7. Previo al inicio de la terapia (sesión) de remplazo renal con hemodiálisis se lleva a cabo la verificación pre-procedimiento y el tiempo fuera
 8. Justo antes de la transfusión de sangre y hemo componentes se lleva a cabo el tiempo fuera.
 9. Justo antes de la administración de radioterapia se lleva a cabo el tiempo fuera.
 10. Se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.
 11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Es muy importante que cada organización se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (técnica correcta, Cinco Pasos) en el momento oportuno (Cinco Momentos), para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Estándar MCSP .8. (Necesario).

La organización diseña e implementa un Programa Integral de Higiene de Manos, el cual se basa en la adaptación o adopción de los lineamientos vigentes para la higiene de las manos, como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Intención de MCSP .8.

El Programa Integral de Higiene de Manos se implementa en toda la organización e incluye, al menos:

- a) La monitorización de la calidad del agua (Medición del cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente).
- b) Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
- c) Educación a pacientes y familiares.
- d) Capacitación al personal: clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.
- e) Evaluación, monitorización y análisis de los datos relacionados con la implementación.

El Programa Integral de Higiene de manos se diseña de manera multidisciplinaria y con enfoque de sistema, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este programa debe formar parte fundamental del sistema crítico de prevención y control de infecciones.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Elementos Medibles de MCSP .8.

Elementos Medibles de la MISP.5

1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.
2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.
4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.
5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.
6. El Programa está implementado en toda la organización.
7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

CAPITULO II

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCIN).

Objetivo: Disminuir efectiva y oportunamente la incidencia de infecciones nosocomiales en el servicio.

La prevención y el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, incluyendo la atención sanitaria fuera de los establecimientos de salud. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En unidades de atención primaria a la salud, la higiene de manos toma igual relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo en la exploración física de pacientes, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), visitas domiciliarias y actividades de atención a pacientes extramuros (por ejemplo campañas de vacunación), entre otros.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes son: Infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteriemias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los hospitales y neumonía adquirida en la comunidad), así como gastrointestinales, entre otras en servicios ambulatorios.

Los servicios deben medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Estándares PCIN 1. (Indispensable).

El servicio cuenta con un proceso para la prevención, reducción y control de infecciones que es respaldado por un plan o programa y supervisado por personal calificado.

Intención de PCIN .1.

El servicio cuenta con un proceso para la prevención y control de infecciones que se adecua a la ubicación geográfica y tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo y la complejidad de las actividades que se llevan a cabo en la organización. El cual se encuentra respaldado por un Plan o programa documentado que se basa en la información epidemiológica que genera el servicio e incluye a pacientes, familiares y a todo el personal incluyendo servicios subrogados, si corresponde.

Al menos una persona calificada coordina y supervisa el plan o programa.

Elementos Medibles de PCIN .1.

1. Se cuenta con un proceso para la prevención y control de infecciones que incluye a todo el establecimiento.
2. El proceso para la prevención y control de infecciones está respaldado por un plan o programa acorde a la ubicación geográfica del establecimiento, su situación epidemiológica, tamaño, riesgos y complejidad.
3. El plan o programa es coordinado y supervisado por personal capacitado.

Estándar PCIN 1.1. (Necesario).

La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCIN.1.1.

Cada servicio de atención médica debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, y los dispositivos y procedimientos asociados que proporcionarán el foco de atención de los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

El servicio implementa, según corresponda, estrategias de manera proactiva a fin de reducir riesgos de infección asociados con:

- a) La higiene de manos.
- b) La limpieza y esterilización del equipo.
- c) El manejo de la ropa.
- d) Disponibilidad y uso adecuado de medidas de protección estándar.
- e) Disposición y desecho de residuos peligrosos y biológicos infecciosos.
- f) Controles mecánicos y de ingeniería.
- g) Demoliciones o construcción de espacios contaminados.

Elementos Medibles de PCIN .1.1.

1. La organización ha definido cuáles son las infecciones de mayor importancia epidemiológica que deben ser prioridad para el plan o programa.
2. La organización estableció prioridades de atención del plan o programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones.

Estándar PCIN.2. (Indispensable).

Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Cada servicio contara con un comité, así mismo los miembros estarán calificados en las prácticas de prevención y control de infecciones mediante educación, capacitación, experiencia o certificación.

Intención de PCIN.2.

La meta del programa de prevención y control de infecciones del establecimiento es identificar y reducir el riesgo de que los usuarios, el personal, los profesionales de atención de salud, proveedores, voluntarios, estudiantes, visitantes adquieran y transmitan infecciones entre sí.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden ser diferentes en los establecimientos, dependiendo de las actividades y servicios clínicos, la población de usuarios que se atienden, la ubicación geográfica, el volumen de usuarios y el número de empleados. Por consiguiente, la supervisión del programa de prevención y control de infecciones depende del tamaño del establecimiento, la complejidad de las actividades y del nivel de riesgos, así como del alcance del programa. Existe personal capacitado que realiza esta supervisión como parte de sus responsabilidades asignadas.

Elementos medibles de PCIN.2.

1. Una o más personas supervisan el programa de prevención y control de infecciones (plan de consignaciones).
2. Existe suficiente personal instruido de acuerdo a la capacidad instalada del establecimiento, la complejidad de las actividades y el nivel de riesgo, así como el alcance del programa.
3. El personal cumple con las responsabilidades de supervisar el programa según lo establecido en la descripción del puesto.

Estándar PCIN.3. (Necesario).

Existe un mecanismo de coordinación asignado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucra a médicos, personal de enfermería y otros aspectos que dependen del tamaño y la complejidad del establecimiento.

Intención de PCIN.3.

Las actividades de los comités de prevención y control de infecciones llegan a todas las partes del servicio e involucran a las personas de los diversos departamentos y servicios (por ejemplo, departamentos clínicos, mantenimiento de las instalaciones, servicios de limpieza, laboratorio clínico, farmacia y servicios de esterilización). Existe un mecanismo para coordinar el programa completo y un grupo de trabajo/comité en el que se establezcan las responsabilidades, los criterios para definir infecciones asociadas con la atención de salud, métodos de recolección de datos (vigilancia), consignación de estrategias para lidiar con los riesgos de prevención, control de infecciones y los procesos de reporte. La coordinación involucra la comunicación entre todas las partes del establecimiento para asegurarse que el programa es continuo y proactivo.

Cualquiera que sea el mecanismo elegido por el servicio para coordinar el programa de prevención y control de infecciones, los médicos y el personal de enfermería están representados e involucrados en actividades con los profesionales de prevención y control de infecciones. Se pueden incluir otros según el tamaño del servicio y la complejidad de los servicios (por ejemplo, epidemiólogos, expertos en recolección de datos, estadísticos, administradores de la esterilización central, laboratoristas, químico farmacéuticos, servicios de limpieza, servicios medioambientales o de instalaciones.

Elementos medibles de PCIN.3.

1. Existe un mecanismo asignado para la coordinación del programa de prevención y control de infecciones.
2. Las actividades del comité de prevención y control de infecciones que involucra a médicos, personal de enfermería y otros.

3. Las actividades de prevención y control de infecciones dependen del tamaño y la complejidad del establecimiento.
4. La coordinación de la prevención y control de infecciones involucra a profesionales multidisciplinarios de los servicios que realizan el envío de reportes mensuales de infecciones, resistencia de antibiótico; consumo de antibióticos, reporte de cultivos de mobiliario, infraestructura y equipo médico quirúrgico.

Estándar PCIN.4. (Indispensable).

El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, en las leyes, reglamentos, normas, manuales y procedimientos, aplicables de acuerdo con los estándares de desinfección y limpieza.

Intención de PCIN.4.

La información es esencial para el programa de prevención y control de infecciones. Se requiere de información científica actual para comprender e implementar las actividades de vigilancia y control efectiva la cual, puede provenir de diversas fuentes nacionales e internacionales; por ejemplo, los Establecimientos para el control y prevención de Enfermedades (CDC), Organización Mundial de la Salud (OMS), las agencias regionales de protección de la salud pública y otras organizaciones similares pueden ser una fuente importante de prácticas y la evidencia. Además, las publicaciones y organizaciones profesionales establecen estándares relacionados con la desinfección y limpieza ambiental en los establecimientos. Las normas, protocolos o lineamientos proporcionan información relacionada con prácticas preventivas e infecciones asociadas con los servicios clínicos y de apoyo. Las leyes y regulaciones aplicables definen elementos básicos del programa, la respuesta a brotes de enfermedades infecciosas y cualquier requisito de notificación.

Elementos medibles de PCIN.4.

1. El programa de prevención y control de infecciones depende del conocimiento científico actual de: Normas, protocolos, lineamientos, leyes y reglamentos locales vigentes.
2. Los resultados del programa de prevención y control de infecciones se reportan a través de los medios de notificación y reportes de tabuladores, de acuerdo con

los lineamientos del ente rector y planes de resultados de salud pública locales, según sea requerido.

3. El programa de prevención y control de infecciones depende de los estándares de agencias nacionales o locales para la desinfección y limpieza.

Estándar PCIN.5. (Necesario).

El responsable el servicio proporciona recursos para apoyar el programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCIN.5.

El programa de prevención y control de infecciones requiere que el personal cumpla con las metas del programa y las necesidades del establecimiento. El personal se determina según el tamaño del establecimiento, la complejidad de las actividades y el nivel de riesgo, así como el alcance del programa. El perfil del personal deberá ser multidisciplinario incluyendo profesionales capacitados en el área de prevención y control de infecciones, quienes brindaran educación a todo el personal, así como gestionar los suministros necesarios. El responsable del servicio garantice que el programa tenga los recursos adecuados para obtener resultados efectivos.

Los sistemas de gestión de la información son recursos importantes para el apoyo del control de riesgos, tasas y tendencias en las infecciones relacionadas con atención de salud. Las funciones de gestión de la información apoyan el análisis e interpretación de los datos y la presentación de los resultados obtenidos.

La información de los resultados se notifica junto con el programa de mejoramiento de la calidad del establecimiento.

Elementos medibles de PCIN.5.

1. El programa de prevención y control de infecciones cuenta con personal dependiendo del tamaño del establecimiento, la complejidad de las actividades y del nivel de riesgos, así como del alcance del programa.
2. El perfil del personal deberá ser multidisciplinario incluyendo profesionales capacitados en el área de prevención y control de infecciones,
3. Los sistemas de gestión de la información dan apoyo al programa de prevención y control de infecciones.

4. Los resultados se notifican junto con el programa de mejoramiento de la calidad del establecimiento.

Estándar PCIN.6. (Indispensable).

El servicio diseña e implementa un Plan de mejora continua, así como el plan correctivo y preventivo anual de trabajo integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud en pacientes y trabajadores de atención médica.

Intención de PCIN.6.

Para que un plan de mejora continua y el plan anual de trabajo de prevención y control de infecciones sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención del usuario como la salud del empleado. El plan identifica y trata temas de infecciones que son epidemiológicamente importantes para el establecimiento. Además, el plan requiere una variedad de estrategias que abarcan todos los niveles de este, dependiendo del tamaño, ubicación geográfica, servicios y usuarios. El plan incluye medidas de bioseguridad, sistemas para identificar infecciones, investigar brotes de enfermedades infecciosas y supervisión para el mejoramiento del uso seguro de agentes antimicrobianos. La evaluación periódica y el servicio de metas de reducción de riesgos son las guías del programa.

Elementos medibles de PCIN.6.

1. Existe un plan de mejora continua y un plan anual de trabajo de prevención y control de infecciones integral que abarca todos los niveles del establecimiento, para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud en pacientes y trabajadores.
2. El plan de mejora continua y la plana anual de trabajo incorpora una variedad de estrategias que incluye actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas normales (endémicas) de infección.
3. Tanto el plan de mejora continua como la plana anual de trabajo incluye sistemas para investigar brotes de enfermedades infecciosas.
4. Las metas y objetivos medibles de reducción de riesgos de infecciones nosocomiales están establecidos y revisados.

Estándar PCIN.6.1 (Indispensable).

Todas las áreas de usuarios, personal y visitantes se incluyen en el Plan de mejora continua y en el programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCIN.6.1

Las infecciones pueden ingresar al establecimiento por medio de los pacientes, familias, personal, voluntarios, visitantes y cualquier otra persona, como proveedores. Por consiguiente, se deben incluir en el programa de vigilancia, prevención y control de infecciones a todas las áreas del servicio de salud donde se encuentran las personas.

Elementos medibles de PCIN.6.1.

1. Todas las áreas de cuidado de los establecimientos e incluyen en el plan de mejora continua y el programa de prevención y control de infecciones.
2. Todas las áreas de personal del servicio se incluyen en el Plan de mejora continua y el programa de prevención y control de infecciones.
3. Todas las áreas de visitantes del servicio se incluyen en el Plan de mejora continua y el programa de prevención y control de infecciones.

Estándar PCIN. 7 (Indispensable).

El servicio utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer los objetivos del programa de prevención y reducción de infecciones relacionadas con la atención en Salud.

Intención de PCIN.7.

Cada servicio deberá identificar aquellas infecciones epidemiológicamente importantes, los sitios de infección y los dispositivos, procedimientos y prácticas asociadas que centrarán los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de infecciones relacionadas con la atención en salud. Un enfoque basado en riesgos ayuda a los establecimientos a identificar aquellas prácticas e infecciones en los que deberían centrar sus programas y usa la vigilancia como un componente importante para recolectar y analizar datos que guíen la evaluación.

Los establecimientos recolectan y evalúan datos de los siguientes sitios de infecciones y lugares relevantes:

- a. Las vías respiratorias, como los procedimientos y equipos asociados.
- b. El tracto urinario, tal como procedimientos invasivos y tecnología médica asociada con el uso de sondas urinarias permanentes, sistemas de drenaje urinario, su cuidado y demás.
- c. Aparatos intravasculares invasivos, como la inserción, inyecciones y el cuidado de venoclisis periféricas y programas de inmunizaciones.
- d. Heridas quirúrgicas, como su cuidado y tipo de vendaje y procedimientos asépticos asociados.
- e. Enfermedades y organismos epidemiológicamente importantes, organismos resistentes a varios medicamentos, infecciones altamente virulentas.
- f. Las infecciones emergentes y recurrentes en la comunidad.

Además, aplicar el conocimiento científico relacionado con el control de infecciones mediante estrategias como el uso de guías de práctica clínica, programas de tutela de antibióticos, programas para reducir las infecciones comunitarias e iniciativas para disminuir el uso innecesario de dispositivos invasivos minimizando significativamente las tasas de infección.

El proceso de prevención y control de infecciones está diseñado para disminuir el riesgo de infección en usuarios y personal. Para alcanzar esta meta, el establecimiento debe identificar y detectar de forma proactiva los riesgos, las tasas y las tendencias de las infecciones relacionadas con la atención médica. El servicio usa la información de las mediciones para:

- Mejorar las actividades de prevención.
- Reducir los índices de infecciones nosocomiales a los mínimos niveles posibles.
- Comparar los índices y tendencias de otros establecimientos similares.
- Alimentar la base de datos a nivel local o nacional.

Elementos medibles de PCIN.7.

1. El servicio ha definido el enfoque del programa mediante la recolección de datos relacionada con los puntos de la intención.

2. Se implementan estrategias de control para reducir las tasas de infección para las prioridades identificadas.
3. Los procesos se rediseñan según el riesgo, tasa y tendencia de los datos y de la información.
4. Se monitorizan los riesgos, tasas y tendencias de infecciones relacionadas con la atención en salud.
5. El servicio evalúa los riesgos de control de infecciones por lo menos cada dos meses y toma acciones para enfocar o reenfocar el programa de prevención y control de infecciones.
6. Los datos recolectados en los puntos de la intención se analizan para identificar las prioridades en la reducción de tasas de infección.

Estándar PCIN.8 (Indispensable).

El servicio implementa políticas, estrategias, procedimientos, programas de formación y actividades para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.

Intención de PCIN.8.

Es importante para un servicio medir, revisar e implementar las políticas, estrategias, procedimientos, programas de formación y actividades basados en la evidencia que sean necesarios y que estén diseñados para reducir las infecciones nosocomiales.

Elementos medibles de PCIN.8.

1. El servicio identifica cuáles riesgos requieren políticas o procedimientos, educación del personal, cambio en las prácticas y otras actividades para apoyar la reducción de estos.
2. El servicio ha implementado políticas, estrategias, procedimientos, programas de formación y actividades basadas en la evidencia para reducir el riesgo de infección.

Estándar PCIN.8.1(Indispensable).

El servicio reduce el riesgo de infecciones asegurando una tecnología médica adecuada, limpieza, esterilización y el manejo adecuado de lavandería.

Intención de PCIN.8.1.

El riesgo de infección se minimiza con un proceso adecuado de limpieza, desinfección y esterilización, como la limpieza y la esterilización de suministros

quirúrgicos y otra tecnología médica invasiva y no invasiva en la atención de los usuarios. La limpieza, desinfección y esterilización se pueden llevar a cabo en un área de esterilización central, o bien, con supervisión adecuada. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización mantienen los mismos estándares en cualquier lugar en donde se realicen en el establecimiento. Además, el manejo adecuado de la lavandería puede reducir la contaminación de la ropa limpia y el riesgo de infección del personal.

Elementos medibles de PCIN.8.1.

1. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de tecnología médica tratan los principios de prevención y control de infecciones.
2. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de tecnología médica se aplican uniforme y coordinadamente en todo el establecimiento.
3. Los principios de prevención y control de infecciones se aplican al manejo de lavandería incluyendo la limpieza, el almacenamiento y el transporte.

Estándar PCIN.9. (Necesario).

El servicio identifica e implementa un proceso para manejar los suministros que expiraron y para la reutilización de los dispositivos de uso único, cuando las leyes y regulaciones lo permiten.

Intención de PCIN.9.

La mayoría de los materiales médicos (fluidos endovenosos, catéteres, suturas y similares) tienen impresa la fecha de expiración. Cuando la fecha de expiración de estos materiales venció, el fabricante no garantiza la esterilidad, seguridad ni estabilidad del artículo. Algunos materiales contienen una declaración que indica que el contenido es estéril si el paquete está intacto. La política de descargo del servicio identifica el proceso para asegurar el manejo apropiado de los suministros que ya expiraron.

Además, los dispositivos de uso único no pueden reutilizarse debido a los riesgos asociados al aumento de infección y a que el desempeño del dispositivo sea inadecuado o inaceptable después de que se reprocesa. reutilización.

La política es consistente con las leyes y regulaciones nacionales y los estándares profesionales e incluye la identificación de:

- a. Dispositivos y materiales que pueden ser reutilizados (no incluye ningún dispositivo que predicción del fabricante es estrictamente descartable);
- b. El número máximo de reutilizaciones específicas para cada dispositivo y material que se vuelve a usar;
- c. Los tipos de desgaste y agrietamiento, entre otros, que indica que el dispositivo no puede reusarse;
- d. El proceso de limpieza para cada dispositivo que empieza inmediatamente después del uso y sigue un protocolo de limpieza;
- e. La identificación de Usuarios con quienes se han utilizado los dispositivos médicos
- f. Una evaluación proactiva de la seguridad de reusar artículos de uso único. El servicio recopila datos de prevención y control de infecciones para dispositivos y materiales reusados para identificar los riesgos e implementar acciones para reducir los riesgos y mejorar los procesos.

Elementos medibles de PCIN.9.

1. El servicio implementa un proceso que sea consistente con las leyes y regulaciones nacionales y los estándares profesionales que identifique el proceso para el manejo de suministros que ya vencieron.
2. Cuando se reutilizan dispositivos y materiales de uso único, el servicio implementa un proceso que trata los incisos a) a f) en la intención.
3. Los datos se usan para identificar riesgos y se implementan acciones para reducir el riesgo y mejorar procesos.

Estándar PCIN.10. (Indispensable).

El servicio reduce el riesgo de infecciones mediante la eliminación de residuos bioinfecciosos en forma adecuado.

Intención de PCIN.10.

Los establecimientos producen una cantidad considerable de residuos todos los días. Con frecuencia los desechos son o pueden ser infecciosos. Por tanto, la eliminación adecuada de desechos contribuye a la reducción del riesgo de infección en los establecimientos de salud. Esto incluye la eliminación de fluidos corporales y materiales contaminados con estos, la eliminación de sangre y sus componentes.

Elementos medibles de PCIN.10.

1. La eliminación de residuos infecciosos y fluidos corporales se maneja para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones.
2. El manejo y disposición de sangre y de compuestos de la sangre se gestiona para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones.

Estándar PCIN.11. (Indispensable).

El servicio reduce el riesgo de accidentes cortopunzantes mediante la eliminación de material e insumos médico quirúrgico en forma adecuada.

Intención de PCIN.11.

Uno de los peligros de las lesiones con agujas es la posible transmisión de enfermedades. El manejo incorrecto y la eliminación inapropiada de agujas y objetos punzantes presentan un gran reto de seguridad para el personal. Las prácticas de trabajo influyen en el riesgo de lesión y exposición potencial a la enfermedad. El identificar e implementar prácticas basadas en la evidencia para reducir el riesgo de lesión de objetos punzantes asegura que la exposición a dichas lesiones sea mínima. El servicio deberá impartir al personal capacitación relacionada con el manejo de desechos bioinfecciosos y la manipulación segura de los objetos punzantes y agujas. La eliminación adecuada de agujas y objetos punzantes también reduce el riesgo de lesión y exposición e incluye el uso de recipientes que puedan cerrarse y a prueba de derrames sin sobrellenarse. Los recipientes deben estar fácilmente accesibles para el personal.

La eliminación de agujas usadas, escalpelos y otros objetos punzantes, cuando no se hace adecuadamente, puede presentar un riesgo a la salud del público en general y para aquellos que trabajan en el manejo de desechos bioinfecciosos. Se deben contratar organizaciones para asegurar la eliminación adecuada de recipientes conteniendo residuos bioinfecciosos de acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes.

El servicio implementa una política que trata de forma adecuada todos los pasos del proceso, incluyendo la identificación del tipo y uso adecuado de los recipientes, la eliminación de recipientes y la vigilancia del proceso de eliminación.

Elementos medibles de PCIN.11.

1. El servicio identifica e implementa buenas prácticas para reducir el riesgo de lesión e infección debido al manejo, administración y eliminación de agujas y objetos punzantes.
2. Las agujas y objetos punzantes se recolectan en recipientes especiales, cerrados, a prueba de punciones, derrames y descartables.
3. El servicio debe eliminar las agujas y objetos punzantes de forma segura o contratar fuentes para asegurar la eliminación adecuada de recipientes de residuos bioinfecciosos como lo indican las leyes y regulaciones.

Estándar PCIN.12. (Indispensable).

El servicio reduce el riesgo de infección en las instalaciones asociado con los controles mecánicos y de ingeniería, durante la demolición, construcción y renovación.

Intención de PCIN.12.

Los estándares ambientales y controles para la buena desinfección reducen los riesgos de infección en los establecimientos.

La demolición, construcción o renovación en cualquier lugar dentro del servicio puede ser un riesgo grande en el control de infecciones. La exposición al polvo y residuos de construcción, al ruido, la vibración puede ser potencialmente peligrosa para la función pulmonar y para la seguridad del personal y los visitantes. El servicio usa criterios de riesgo para tratar el impacto de la renovación o nueva construcción en los requisitos de la calidad de aire, prevención y control de infecciones, requisitos de servicios, ruido, vibración y procedimientos de emergencia.

Elementos medibles de PCIN.12.

1. Los controles de ingeniería se implementan para minimizar los riesgos de infección en el establecimiento.
2. El servicio tiene un programa desarrollado que usa criterios de riesgo para evaluar el impacto de la renovación o de la nueva construcción e implementa el programa cuando se lleva a cabo una demolición, construcción o renovación.
3. Es posible evaluar y manejar el riesgo e impacto de una demolición, renovación o construcción en la calidad del aire y en las actividades de prevención y control de infecciones.

Estándar PCIN.13. (Indispensable).

Existe una planificación de insumos y material de bioseguridad para desinfectar las áreas y equipo médico quirúrgicos, además de aplicarse en forma correcta cuando es necesario.

Intención de PCIN.13.

La higiene de las manos (como el uso de desinfectantes), las técnicas de barrera (como el uso de equipo de protección personal) y los agentes desinfectantes, son herramientas fundamentales para prevenir y controlar adecuadamente las infecciones, por lo tanto, deben estar disponibles en cualquier sitio de atención en el que podrían ser necesarios. El servicio identifica situaciones en las que se necesita el uso de equipo de protección personal, tal como mascarillas, protección ocular, batas o guantes y proporciona capacitación para su uso correcto. El jabón, los desinfectantes y las toallas desechables u otros medios de secado se ubican en aquellas áreas en las que se requieren procedimientos de lavado y desinfección de manos. El personal recibe capacitación sobre cómo realizar correctamente los procedimientos de lavado y desinfección de manos y superficies, así como el uso adecuado del equipo de protección personal.

Elementos medibles de PCIN.13.

1. El servicio identifica las situaciones en las que se necesita el uso de equipo de protección personal y se asegura de que esté disponible en cualquier sitio de atención en el que podría ser necesario.
2. El equipo de protección personal se usa adecuadamente en las situaciones identificadas.
3. Hay procedimientos de desinfección de superficies implementados en áreas y situaciones en donde se identifique un riesgo de transmisión de infecciones en todas las áreas del establecimiento.
4. El jabón, los desinfectantes y las toallas desechables y otros medios de secado se ubican en las áreas en las que se requieren procedimientos de lavado y desinfección de manos.

Estándar PCIN.14. (Indispensable).

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 del establecimiento, a través de medidas que son epidemiológicamente importantes.

Intención de PCIN.14.

El servicio usa la información de las mediciones para mejorar las actividades de prevención y control de infecciones y para reducir los índices de infecciones relacionadas con la atención de salud en los mínimos niveles posibles. Un servicio puede usar mejor los datos, índices, tendencias e información de las mediciones relacionadas con infecciones para entender otros establecimientos similares y comparar los resultados e impacto de los programas de prevención y control de infecciones.

Elementos medibles de PCIN.14.

1. Las actividades de prevención y control de infecciones se integran con el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes del establecimiento.
2. Se recolectan y analizan los datos de monitorización para las actividades de prevención y control de infecciones y se incluyen infecciones epidemiológicamente importantes.
3. Los datos de monitorización se usan para evaluar y apoyar las mejoras continuas del programa de prevención y control de infecciones.
4. Se documentan los datos de monitorización y se reportan de acuerdo con las políticas de cada establecimiento, proporcionando el análisis de datos para establecer las recomendaciones pertinentes.

Estándar PCIN.15. (Necesario).

El servicio proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, pacientes, familias y a otros encargados del cuidado.

Intención de PCIN.15.

Para que un servicio tenga un programa eficaz de prevención y control de infecciones, debe educar a los miembros del personal cuando empiezan a trabajar en el servicio y después, de una manera regular. El programa de educación incluye al personal profesional, de apoyo clínico y no clínico, usuarios y familias, incluso a los proveedores y visitantes. La educación se proporciona como parte de la orientación para el personal y se actualiza periódicamente o cuando ocurre un cambio en las políticas, procedimientos y prácticas que sirven de guía al programa de prevención y control de infecciones del establecimiento. La educación también

incluye la comunicación de hallazgos y tendencias que se obtienen de las actividades de medición.

Elementos medibles de PCIN.15.

1. El servicio proporciona educación sobre prevención y control de infecciones a todo el personal, usuarios, familias, proveedores y visitantes.
2. Todo el personal recibe educación sobre las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones.
3. Se proporciona educación periódica en respuesta a las tendencias significativas de los datos sobre las infecciones.
4. Los hallazgos y las tendencias que se obtienen de las actividades de medición se comunican en todo el servicio y se incluyen como parte de la educación periódica.

Estándar PCIN.16. (Necesario).

El servicio de salud cuenta con un documento oficial del programa para el manejo de las infecciones nosocomiales, que incluye un plan de capacitación, manual de procedimientos preventivos, identificación de las zonas de alto riesgo como: Salas de operaciones, emergencias, sala de cuidados intermedios, cuidados intensivos y unidad de cuidados críticos.

Intención de PCIN.16.

Los establecimientos deberán contar con un documento que constate el funcionamiento y la operatividad de los comités del programa de prevención y control de infecciones, en el cual se incluyan los planes de capacitación para el personal, pacientes, usuarios, familias, proveedores y visitantes. Deberá igualmente incluir las áreas identificadas de alto riesgo de promover el contagio de infecciones nosocomiales, así como el material e insumos necesarios y su correcta administración en los procedimientos de desinfección y esterilización.

Elementos Medibles de PCIN.16.

1. El servicio cuenta con comité de prevención y control de infecciones nosocomiales.
2. Se cuenta con un programa de prevención y control de infecciones.

3. Existe un plan de capacitaciones sobre infecciones nosocomiales y su implementación.
4. Existe un mapeo de las áreas de riesgo de mayor contagio de infecciones nosocomiales.
5. El programa cuenta con un manual de procesos y procedimientos para desinfección y esterilización de las áreas de riesgo.

Estándar PCIN.17. (Indispensable).

El servicio cuenta con los procesos y procedimientos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización según las áreas de riesgo para el desarrollo de infecciones nosocomiales.

Intención de PCIN.17.

Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para el personal de la salud.

En unidades de atención de salud, tiene igual relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos por instrumentos aparatos biomédicos terapéuticos y diagnósticos , equipo médico quirúrgico en los procedimientos de atención como: En la exploración física de pacientes, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes son: Infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteriemias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los establecimientos y neumonía adquirida en la comunidad), así como gastrointestinales.

La mayor parte de los procesos infecciosos servicio son de origen endógeno, su frecuencia es mayor cuando existen una serie de circunstancias favorecedora por parte del huésped o se potencia por el medio animado o inanimado.

Conceptualmente el medio ambiente animado lo constituyen los pacientes establecimientos, el personal que trabaja en el servicio y los visitantes del Establecimiento. El factor ambiental inanimado es fuente de infección o mecanismos de transmisión con frecuencia de procesos cruzados, ya que los

enfermos infecciosos constituyen un riesgo para el resto de los pacientes, personal de salud e incluso para los visitantes, así como también el personal de salud y las visitas constituyen fuente de infección de microorganismos patógenos para los pacientes ingresados.

En la cadena epidemiológica, las manos se consideran el mecanismo más importante de transmisión de la infección desde un enfermo o desde el personal de salud a otro paciente del establecimiento.

El riesgo de infección es muy grande, en las salas de operaciones, emergencias, sala de cuidados intermedios, cuidados intensivos y unidad de cuidados críticos.

Destruir los gérmenes en estas áreas es importante, por lo tanto, los servicios de limpieza en estos lugares deben hacerse con mucho cuidado.

Por tanto, es necesario contar con un manual de procesos y procedimientos de infecciones nosocomiales donde se describan las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización más convenientes según las diferentes áreas de riesgos identificadas.

Elementos Medibles de PCIN.17.

1. Aplicación de las técnicas adecuadas de limpieza en el medio ambiente a fin de evitar la infección y la enfermedad, en las áreas donde se realizan procedimientos de salud de alto riesgo.

1. Protección del personal de salud que da atención a pacientes infectocontagiosos.

2. Manejo adecuado de residuos infectocontagiosos.

3. Se realizan capacitaciones para la manipulación de material potencialmente infeccioso para evitar la formación de aerosoles, y evitar la contaminación de superficies de trabajo.

4. Realizan limpieza de los objetos reutilizables de conformidad con las normas vigentes, así como los instrumentos ópticos que deben esterilizarse después de emplearlos en pacientes infectados.

5. Manejo del material desechable en bolsas de plástico y con la previa esterilización para su posterior eliminación.

6. La manipulación de la toma de muestras, manejo y almacenamiento de éstas, así como las mesas de trabajo, instrumental médico quirúrgico.

Estándar PCIN.18. (Necesario).

La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa.

Intención de PCIN.18.

El riesgo de infección para el personal y para los pacientes se minimiza a través del manejo correcto de la ropa limpia, sucia y contaminada. El manejo de la ropa incluye el lavado, distribución, transporte y almacenamiento, así como el confinamiento de la ropa sucia y contaminada. En cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad. Para cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad que minimicen los riesgos de contaminación e infección, estos procesos son supervisados de manera periódica.

Elementos Medibles de PCIN.18.

1. El lavado de la ropa se realiza a través de un proceso que reduce los riesgos de infección.
2. Se implementan procesos de transporte, distribución y almacenamiento de la ropa limpia que minimizan los riesgos de contaminación.
3. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa sucia, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.
4. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa contaminada, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.
5. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con el manejo de la ropa.

Estándar PCIN .19. (Indispensable).

La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos.

Intención de PCIN.19.

El servicio de alimentación de las organizaciones es un área crítica en la prevención y control de infecciones, debido a que existen mecanismos de transmisión de gérmenes hacia consumidores (pacientes, trabajadores y visitantes) que se

relacionan a un inadecuado almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de los alimentos.

La organización implementa un proceso seguro para el manejo de los alimentos acorde a la legislación aplicable vigente y capacita al personal para que lo lleve a cabo.

Elementos medibles de PCIN.19.

1. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.
2. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.
3. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.
4. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen, al menos, nivel de cloración y búsqueda de *Vibrio Cholerae* de acuerdo con la legislación aplicable vigente
5. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con el manejo de los alimentos.

CAPITULO III

GOBERNANZA, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN (GLD).

Objetivo: Aumentar la competencia de los trabajadores para impactar la satisfacción laboral y la calidad de la atención del paciente.

Para proporcionar una atención excelente a los pacientes se necesita un liderazgo efectivo. El liderazgo efectivo empieza por conocer las diversas responsabilidades y autoridad de los individuos dentro de la organización y cómo estos individuos trabajan juntos. Aquellos que gobiernan, gestionan y lideran una organización poseen tanto autoridad como responsabilidad. De manera colectiva e individual, son responsables de cumplir las leyes y las normativas y de ocuparse de la responsabilidad hacia la población de pacientes a la que atiende.

Con el paso del tiempo, el liderazgo efectivo contribuye a superar las barreras percibidas y los problemas de comunicación entre los departamentos y servicios de la organización, y esta se vuelve más eficiente y efectiva integrando la organización

cada vez más, lo que induce a la mejora continua de la calidad evidenciado en los excelentes resultados en la atención del paciente.

Nota: En todos los estándares GLD, el término liderazgo se utiliza para indicar que un líder o grupo de líderes es responsable de manera colectiva de la expectativa(s) que se encuentra en el estándar.

Estándar GLD.1. (Necesario).

El servicio de salud está vinculado con el máximo ente rector en materia de salud de El Salvador.

Intención de GLD.1.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que está constituido por instituciones públicas y privadas y que el Ministerio de Salud es el ente rector de este. El presente estándar busca identificar el vínculo funcional entre los establecimientos de salud y el ente rector para garantizar un trabajo coordinado.

Elementos medibles de GLD.1.

1. El servicio posee vínculos funcionales para operativizar sus actividades de acuerdo con la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. Existen procesos relacionados a la adopción de lineamientos establecidos por el ente rector a través de instituidas por este.
3. El servicio de salud mantiene comunicación activa con el máximo ente rector o con las instituciones normalizadoras en materia de salud.

Estándar GLD .2. (Necesario).

Los establecimientos de salud cumplen con lo detallado en los lineamientos del ente rector, con respecto a la notificación obligatorio de la información establecida para el sistema de vigilancia sanitaria.

Intención de GLD.2.

La legislación vigente exige a los miembros del sistema integrado de salud trasladar con carácter obligatorio y oportuno sus aportes al sistema único de información epidemiológica al ente rector para establecer indicadores nacionales. Este estándar busca identificar la forma en que el servicio de salud mantiene una comunicación efectiva en materia de datos epidemiológicos con el ente rector.

Elementos medibles de GLD.2.

1. Los establecimientos públicos y privados conocen los procesos de comunicación establecidos por el ente rector para la notificación oportuna de la información epidemiológica.
2. El servicio de salud posee y conoce todos los formularios del sistema de información epidemiológica vigente.

Estándar GLD.3. (Necesario).

El servicio conoce y ejecuta de forma obligatoria los lineamientos establecidos por la Política de salud establecida por el ente rector.

Intención de GLD.3.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece en su Art. 14, Lit. c) que es atribución del ente rector supervisar el cumplimiento de las acciones adquiridas por los integrantes y colaboradores del Sistema establecidos en dicha ley. El presente estándar busca identificar las formas en que el servicio de salud da cumplimiento a los requisitos establecidos en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Elementos medibles de GLD.3.

1. El personal del servicio planifico capacitaciones para la divulgación de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. Existe un sistema de verificación del cumplimiento de los lineamientos que le competen al servicio de salud emitidos por la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estándar GLD.4. (Necesario).

Las políticas y procedimientos establecidas por el servicio guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Intención de GLD.4.

Los servicios prestados a población se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme, además, los líderes y aseguran de que estén disponibles.

Elementos medibles de GLD.4.

1. El servicio de salud cuenta con políticas, procedimientos u otros documentos que establecen su estructura y responsabilidad.
2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Estándar GLD.5. (Necesario).

La máxima autoridad del servicio de salud es responsable de la elaboración junto con su equipo directivo de la definición del sistema gerencial de calidad, la misión, la visión, programas y políticas necesarias para el funcionamiento y que estén de acuerdo con la legislación sanitaria vigente.

Intención de GLD.5.

La máxima autoridad del servicio de salud ha establecido mecanismos para compartir la responsabilidad sobre el cumplimiento del sistema gerencial de calidad, la misión, la visión, programas y políticas entre todo el personal bajo su cargo, para lograr que funcione eficientemente y proporcione servicios de atención de salud de alta calidad.

Elementos medibles de GLD.5.

1. El personal conoce y ejecuta lo contenido en el sistema gerencial de calidad, la misión, la visión, programas y políticas establecidas.
2. La política establece objetivos para el logro de la misión del servicio.

Estándar GLD.6. (Indispensables).

El servicio de salud a través de su máxima autoridad mantiene un plan estratégico centrado en la calidad de la atención a través de los objetivos estratégicos, acciones estratégicas y son medidos los resultados a través de los indicadores.

Intención de GLD.6.

El plan estratégico deberá incluir los puntos claves con el fin de obtener un resultado multidimensional para la formulación de estrategias encaminadas al cumplimiento de los objetivos. En todos los servicios prestados por el servicio, las acciones

estratégicas descritas tendrán la finalidad de responder a las necesidades de los usuarios en forma coordinada para brindar una atención de calidad.

Elementos medibles de GLD.6.

1. El servicio de salud, a través de su máxima autoridad han identificado los puntos clave para la formulación de estrategias encaminadas al cumplimiento de los objetivos.
2. Las acciones estratégicas descritas tendrán la finalidad de responder a las necesidades de los usuarios.
3. Las acciones estratégicas se implementan y ejecutan en forma coordinada con la finalidad de brindar una atención de calidad.

Estándar GLD.7. (Necesario).

La máxima autoridad del servicio de salud establece un marco de gestión que promueve la cultura de prácticas éticas para asegurar que la atención al usuario sea de calidad.

Intención de GLD.7.

El servicio de salud a través de su máxima autoridad establece un marco para la gestión ética que promueve una cultura de prácticas y toma de decisiones para asegurar que la atención a los usuarios se proporcione dentro de lo establecido en su política de calidad.

Elementos medibles de GLD.7.

1. El servicio cuenta con una Política de calidad de la atención en salud.
2. El marco de gestión del servicio está basado en principios éticos que fortalece las buenas prácticas de calidad.
3. Se promueve la toma de decisiones que aseguren la atención de calidad al usuario (evaluación de impacto y resultados de las acciones estratégicas).

Estándar GLD.8. (Indispensable).

Dentro del sistema de gestión del servicio existe un programa de provisión para que el personal competente desarrolle los procesos y procedimientos adecuados,

proporcionando los insumos y equipo necesario a cada departamento o servicio que permitan brindar una atención de calidad.

Intención de GLD.8.

Los directores estructuran metodología, coordinan actividades y funciones del personal profesional para apoyar las responsabilidades y la autoridad, a través de equipos únicos o multidisciplinarios para apoyar la autoridad y lograr cumplir la misión institucional.

Elementos medibles de GLD.8.

1. Existen una estructura organizativa que incluye funciones específicas de responsabilidad y autoridad para lograr cumplir la misión institucional.
2. El servicio de salud a través de sus jefaturas, poseen planificaciones de actividades con objetivos detallados.
3. El servicio de salud a través de sus jefaturas, poseen indicadores de cumplimiento de las actividades planificadas.

Estándar GLD.9. (Necesario).

Cada director de área define y organiza las relaciones con otros servicios para coordinar la adecuada atención del usuario.

Intención de GLD.9.

El servicio de salud, a través de sus jefaturas posee planes de coordinación con otras áreas, con la finalidad que el usuario reciba el servicio de salud de manera eficaz.

Elementos medibles de GLD.9.

1. El servicio de salud posee una organización y comunicación que permite la coordinación entre las áreas, departamentos y servicios.
2. El servicio de salud posee un sistema de monitoreo para verificar la adecuada coordinación y articulación entre las áreas, departamentos y servicios.

Estándar GLD.10. (Indispensable).

Cada director (responsable) de área ha identificado y definido las responsabilidades de los profesionales, los objetivos a alcanzar y las actividades y el número de participantes necesarios para brindar un servicio de calidad.

Intención de GLD.10.

Los servicios clínicos prestados a los usuarios son coordinados e integrados en cada departamento o servicio por la Dirección, con el objetivo de determinar que existe un plan uniforme de procedimientos, conocimientos, habilidades y disponibilidad de personal necesario para cubrir las necesidades de los usuarios.

Elementos medibles de GLD.10.

1. El servicio ha establecido un manual de procesos y procedimientos según el portafolio de servicios que brinda.
2. El servicio de salud a través de su Dirección evalúa periódicamente las necesidades e índices de rendimientos del personal para cubrir las necesidades de los usuarios.
3. El servicio de salud ha establecido en cada cargo las habilidades del personal.

Programa de innovación del servicio.

Objetivo: Medir la eficiencia y eficacia del funcionamiento y responsabilidades de la administración de los establecimientos de salud.

Estándar GLD.11. (Indispensable).

La administración del servicio recolecta y analiza datos de cada uno de los programas, con el fin de apoyar la planificación para la modernización e innovación de: tecnología médica e informática, sistemas, procesos, reducción de riesgos en el ambiente, contratación de personal según lo establecido en la normativa vigente.

Intención del GLD.11.

La monitorización de cada uno de los programas de administración del servicio por medio de la recolección y el análisis de datos proporciona información que ayuda al servicio de salud a prevenir problemas, reducir riesgos, tomar decisiones sobre

mejoras a los sistemas y planificar la modernización o el reemplazo de tecnología médica, equipo y suministros básicos según lineamientos del servicio de salud.

Elementos medibles del GLD.11.

1. Se recolectan datos de monitorización y se analizan para cada uno de los programas de administración del establecimiento.
2. Se utilizan datos de monitorización, con el fin de apoyar la planificación para el reemplazo o la modernización de tecnología médica, equipo y sistemas, así como para la reducción de riesgos en el ambiente.
3. Se suministran informes sobre datos de monitorización y recomendaciones a los directivos del servicio de salud.

Estándar GLD.12. (Indispensable).

El servicio cuenta con un proceso para usar bases de datos internos y externos o participar en las mismas para los procesos que considere necesarios.

Intención de GLD.12.

El servicio recolecta y analiza datos agrupados y categorizados para respaldar la atención al paciente y la gestión del servicio para proporcionar un perfil del que también le permiten comparar el desempeño del servicio con el de otros, en particular sobre el manejo de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos, organización y oportunidades siendo una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar y documentar el nivel de desempeño del establecimiento.

Los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del servicio y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de GLD.12.

1. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención al paciente.
2. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la gestión del establecimiento.
3. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
4. El servicio cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se

- agrupan periódicamente a fin de cumplieron las necesidades de información del personal clínico, director del servicio y de organismos ajenos a la organización.
5. El servicio cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, en respuesta a las necesidades identificadas de los usuarios.
 6. El servicio proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización.

CAPITULO IV

ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA (ASI).

Objetivo: Las organizaciones sanitarias trabajan para proporcionar instalaciones seguras, funcionales y que proporcionen apoyo a los pacientes, familiares, personal y visitantes.

Para alcanzar este objetivo se deben gestionar de manera efectiva las instalaciones físicas, el equipamiento médico y el personal necesario. En, la gestión debe esforzarse para:

- a) Reducir y controlar los peligros y los riesgos.
- b) Evitar accidentes y lesiones.
- c) Mantener condiciones seguras.

La gestión efectiva incluye una planificación, educación y monitorización multidisciplinar de la siguiente manera:

- a) Los líderes planifican el espacio, el equipamiento y los recursos necesarios para dar soporte de manera segura y efectiva a los servicios clínicos que se proporcionan.
- b) Todo el personal recibe educación sobre las instalaciones, sobre cómo reducir los riesgos y sobre cómo monitorizar y notificar situaciones que plantean riesgo.
- c) Se utilizan criterios de desempeño para evaluar los sistemas importantes y para identificar las mejoras necesarias.

Se elaboran programas por escrito que incluyen las siguientes seis áreas, cuando correspondan a las instalaciones y a las actividades de la organización:

a) Seguridad y protección.

-Seguridad: El grado en que los edificios, áreas en construcción, suelos y equipamiento de la organización no planteen un peligro o un riesgo a los pacientes, personal o visitantes.

-Protección: Protección frente a pérdida, destrucción, alteración o acceso o uso no autorizado.

b) Materiales peligrosos: El manejo, almacenamiento y utilización de materiales radiactivos y de otro tipo está controlado y los residuos peligrosos se eliminan de manera segura.

c) Gestión de emergencias: Se identifican los riesgos y la respuesta ante epidemias, desastres y emergencias se planifica y es efectiva, incluyendo la evaluación de la integridad estructural de los entornos de la atención de los pacientes.

d) Seguridad contra incendios: Realización de una evaluación continua de riesgos para mejorar la protección de la propiedad y de los ocupantes frente al fuego y el humo.

e) Equipos médicos: Los equipos se seleccionan, se mantienen y se utilizan de manera que se reduzcan los riesgos.

f) Sistemas de suministros básicos: La electricidad, el agua y otros sistemas de suministro se mantienen para minimizar los riesgos por fallos de funcionamiento.

Cuando la organización tiene entidades no hospitalarias dentro de las instalaciones de atención de los pacientes que se van a evaluar (como una cafetería o una tienda de regalos de un propietario independiente), la organización tiene la obligación de garantizar que estas entidades independientes cumplen con el siguiente programa de gestión y seguridad de las instalaciones:

a) Programas de seguridad y protección.

Y con las siguientes áreas de enfoque:

a) Liderazgo y planificación.

b) Financiamiento para seguridad y protección de riesgos.

c) Materiales, sustancias y residuos peligrosos.

- d) Preparación ante desastres.
- e) Seguridad contra peligros relacionados a fuego y humo.
- f) Equipo y tecnología biomédica.
- g) Servicios prioritarios para las operaciones.
- h) Manejo de emergencias externas.

Liderazgo y planificación.

Objetivo: Establecer los lineamientos sanitarios que se deben cumplir para el diseño y para la construcción estructural y no estructural de edificaciones destinadas servicios de salud, a fin de asegurar el buen funcionamiento y de disminuir los riesgos asociados a eventos catastróficos e infecciones intrahospitalarias; así como contribuir a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios.

Estándar ASI.1. (Indispensables).

El servicio de salud cumple con las leyes, reglamentos y requisitos pertinentes para la evaluación de infraestructura.

Intención de ASI.1.

Las autoridades determinan de acuerdo con las leyes, reglamentos y demás requisitos vigentes nacionales e internacionales, relacionados con la infraestructura para las especificaciones del diseño, ejecución, utilización y mantenimiento del establecimiento. Todos los establecimientos de salud, invariablemente del tamaño y de los recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades ante sus usuarios, familiares, personal y visitantes.

Elementos medibles de ASI.1.

1. Las autoridades del servicio de salud conocen las leyes, normativas, requerimientos y otros requisitos vigentes nacionales e internacionales, que son válidos para la infraestructura del establecimiento.
2. El servicio de salud cumple con las condiciones sanitarias adecuadas (de agua potable, excretas, aguas residuales), alimentos, sistemas eléctricos, desechos sólidos comunes y bioinfecciosos, de acuerdo con la normativa vigente respectiva.

3. Las autoridades del servicio de salud garantizan que este cumpla con las condiciones, requisitos correspondientes y hallazgos que surjan de inspecciones por parte de autoridades pertinentes.
4. El servicio cuenta con la licencia de funcionamiento emitida, en el caso de sector privado por el Consejo Superior de Salud Pública y en el caso de las instituciones públicas con el acuerdo de extendida por el Ministerios de Salud Pública.

Estándar ASI.2. (Indispensable).

El servicio de salud desarrolla y mantiene uno o varios programas documentados que describen el proceso de gestión de riesgos incluidos desde la gestión, misión, diseño, construcción e inspección de la infraestructura del establecimiento.

Intención de ASI.2.

Gestionar los riesgos dentro del entorno de la atención y el trabajo del personal requiere planificación. El servicio de salud desarrolla un programa maestro o programas individuales que incluyen lo siguiente:

Seguridad: El grado en el cual los edificios, terrenos y equipos del servicio no representan un peligro o un riesgo para los usuarios y el personal de salud.

Protección: Protección contra la pérdida, destrucción, manipulación, acceso y el uso no autorizado de áreas de alto riesgo.

- a) El servicio cuenta con las vías estructurales y los procesos para la manipulación, almacenamiento, uso y desechos de materiales peligrosos, radioactivos y bioinfecciosos de manera segura de acuerdo con la reglamentación vigente.
- b) La infraestructura cuenta con salidas de emergencias de forma planificada y eficaz.
- c) La institución contará con un sistema de extinción contra incendios en función de protegerá las personas y bienes.
- d) Tecnología biomédica y su interrelaciona con la infraestructura, mantiene y utiliza la seguridad con las especificaciones necesarias para la reducción de riesgos.
- e) Deben de estar provistos de energía eléctrica, en cumplimiento de los requisitos para sistemas eléctricos esenciales con el objetivo de minimizar los riesgos de fallas de funcionamiento.

Elementos medibles de ASI.2.

1. Existen programas escritos que abordan las áreas de riesgo indicadas en los ítems a) hasta f) en la intención y están vigentes y totalmente implementados.
2. El servicio cuenta con un proceso para revisar y actualizar el o los programas, cuando se producen cambios en el entorno de este de forma periódica o anual.
3. Las autoridades pertinentes garantizan a través de las evaluaciones que las instalaciones cumplan con todos los aspectos de los programas de gestión de riesgos identificados en los ítems a) hasta d) de la intención.
4. El servicio en que laboren quince o más trabajadores se cuenta con comités de seguridad y salud ocupacional, y en aquellos que tengan menos trabajadores, será la Dirección General de Previsión Social, autorizara la creación los comités mencionados.

Estándar ASI.3. (Indispensable).

Una o más personas capacitadas supervisan la planificación y la implementación del programa de riesgos del servicio de salud para reducirlos y controlarlos.

Intención de ASI.3.

Los establecimientos de salud trabajan en proporcionar instalaciones seguras, funcionales y de apoyo para usuarios y personal. Para lograr este objetivo, se deben administrar de forma eficaz las instalaciones físicas, el equipo, la tecnología médica y el recurso humano. En particular, la gerencia debe esforzarse por reducir y controlar los peligros y riesgos, prevenir accidentes y lesiones manteniendo condiciones seguras a través de una administración eficaz que incluya:

- a) Una planificación multidisciplinaria del espacio, la tecnología y los recursos necesarios para apoyar de manera segura y eficaz la atención en salud prestada.
- b) Educación del personal de salud capacitado acerca de reducción de riesgos monitoreo y comunicación de todas las situaciones que representan un riesgo.
- c) Monitorización a través de criterios establecidos para la evaluación continua de instalaciones y de los suministros de espacio, tecnología y recursos.
- d) Supervisión a tiempo parcial o total por una o varias personas especialmente certificadas.

Todos los aspectos del programa deben administrarse eficazmente de manera congruente y continua.

Elementos medibles de ASI.3.

1. El servicio cuenta con un programa de Evaluación de Riesgos implementado.
2. El servicio que brinda servicios de salud cuenta con un comité de seguridad ocupacional, que supervise las instalaciones que tendrá la responsabilidad de la continuidad del programa.
3. La supervisión y dirección del programa se asignan a una o más personas certificadas según su experiencia y entrenamiento dejando evidencia documentada.
4. Existe un registro de las evaluaciones de riesgo realizadas junto con las respuestas y planes de acción y la ejecución eficaz de las inconsistencias detectadas.

Financiamiento para seguridad y protección de riesgos.

Objetivo: Contar con el presupuesto planificado oportunamente para los eventos imprevistos referentes a la seguridad y protección de riesgos en el establecimiento.

Estándar ASI.4. (Indispensable).

Las autoridades del servicio de salud planifican y presupuestan para la mejora o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave, de acuerdo con la evaluación de las instalaciones y en acato a las leyes y los reglamentos.

Intención de ASI.4.

El encargado del servicio presupuesta los recursos necesarios para ofrecer una infraestructura segura, efectiva y eficiente para la prevención y la planificación esencial del servicio de salud, para que sea seguro, con el objetivo de evitar accidentes y lesiones; mantener condiciones seguras y protegidas para los usuarios y personal, así como reducir y controlar los peligros y riesgos, principalmente durante los períodos de construcción y de renovaciones.

Como parte del programa de seguridad, el servicio de salud desarrolla e implementa una evaluación integral y proactiva de los riesgos, con el fin de identificar áreas en donde existe potencial de lesiones. Esta evaluación periódica se documenta y ayuda al servicio de salud a diseñar, llevar a cabo mejoras y a planificar el presupuesto para una modernización o reemplazo en las instalaciones a largo plazo. Las obras de construcción, renovación y remodelación representan riesgos adicionales para la seguridad de los usuarios y personal de salud; e incluyen el riesgo relacionado con

control de infecciones, ventilación, flujo vehicular, basura/desechos y otros riesgos. Una evaluación de riesgos previo a iniciar una construcción, renovación y remodelación resulta útil para identificar estos riesgos potenciales, así como el impacto del proyecto de construcción sobre los servicios prestados. La evaluación de riesgos debe realizarse durante todas las fases de la construcción. Además del programa de seguridad, el servicio debe contar con un programa de protección para garantizar que todos estén protegidos contra daños personales y pérdida o daño de bienes. El personal de salud, los proveedores y otros que identifique el personal, tales como voluntarios o trabajadores de los contratistas, se identifican con gafetes (temporales o permanentes) u otra forma de identificación. Otros, tales como usuarios o visitantes en el establecimiento, pueden identificarse según la política del servicio y las leyes y reglamentos. Las áreas restringidas deben estar protegidas y monitorizadas. Los niños, las personas de la tercera edad y otros usuarios vulnerables que no pueden protegerse ni hacer señales para pedir ayuda, deben estar protegidos del peligro. Además, es posible que las áreas remotas o aisladas del servicio y los terrenos requieran el uso de cámaras de seguridad.

Elementos medibles de ASI.4.

1. El servicio de salud cuenta con un programa para brindar instalaciones físicas seguras.
2. El servicio de salud cuenta con una evaluación documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
3. El servicio de salud cuenta con un programa que incluye la evaluación de la seguridad y protección durante los tiempos de construcción, renovación y remodelación, así como la implementación de estrategias para reducir los riesgos.
4. Las autoridades del servicio de salud cuentan con un programa para proporcionar un ambiente protegido, que incluye la monitorización y protección de áreas identificadas como riesgos de protección.
5. El servicio de salud cuenta con un programa que asegure que todo el personal, las visitas, proveedores tengan su identificación.
6. Todas las áreas de riesgos de protección y áreas restringidas están identificadas, documentadas, monitorizadas y se les mantiene protegidas.

7. Las autoridades del servicio de salud planifican y presupuestan para cumplir con las leyes, los reglamentos y otros requisitos que correspondan.
8. Las autoridades del servicio de salud planifican y presupuestan para mejorar o reemplazar sistemas, edificios o componentes necesarios para el funcionamiento continuo de un servicio seguro, protegido y eficaz.
9. Las autoridades del servicio de salud aplican los recursos presupuestados para proporcionar un servicio seguro y protegido, de acuerdo con los planes aprobados.

Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.

Objetivo: Contar con los requisitos sanitarios y medidas de bioseguridad.

indispensables para el manejo, resguardo, transporte, tratamiento y disposición final, de los desechos bioinfecciosos y materiales peligrosos.

Estándar ASI.5. (Indispensable).

El servicio de salud cuenta con un plan para el inventario, la manipulación, resguardo, uso, control y eliminación de residuos y materiales peligrosos según la normativa vigente.

Intención de ASI.5.

El servicio de salud posee un plan de manejo de los desechos bioinfecciosos, se encuentra implementado e incluye la identificación y el control seguro de materiales y residuos peligrosos en el servicio de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica los materiales y residuos peligrosos según las siguientes categorías:

- a) Residuos infecciosos.
- b) Residuos patológicos y anatómico.
- c) Residuos farmacéuticos peligrosos.
- d) Residuos químicos peligrosos.
- e) Residuos con un alto contenido de metales pesados.
- f) Recipientes presurizados.
- g) Piezas cortopunzantes.
- h) Residuos altamente infecciosos.
- i) Residuos genotóxicos/citotóxicos.
- j) Residuos radioactivos.

El servicio de salud considera estas categorías identificadas por la OMS cuando se desarrolla un inventario de materiales y residuos peligrosos. El programa de residuos peligrosos inicia al realizar una búsqueda minuciosa de todas las áreas dentro del servicio en donde se pueden ubicar materiales y residuos peligrosos. La documentación de esta búsqueda debería incluir información acerca de las ubicaciones, los tipos y las cantidades de materiales y residuos peligrosos que se resguardan y debería actualizarse cuando se produzcan cambios en la ubicación, el almacenamiento y las cantidades de los materiales peligrosos. El plan debe de incluir las actividades a realizarse en cada una de las etapas contenidas en la “Norma Obligatoria Salvadoreña para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos” para dar cumplimiento a la ejecución del plan de manejo de estos.

La información referente a procedimientos para manipular o trabajar con materiales peligrosos de manera segura debe estar disponible inmediatamente en todo momento e incluye información acerca de los datos físicos del material (tales como su punto de ebullición, punto de ignición y datos similares), su toxicidad, qué efectos puede tener el uso del material peligros sobre la salud, identificación del área de resguardo y eliminación correctos después del uso, el tipo de equipo de protección requerido durante el uso y los procedimientos para la manipulación de derrames, lo que incluye los primeros auxilios necesarios para cualquier tipo de exposición. Muchos fabricantes proporcionan esta información en el formulario de Hojas de datos de seguridad del material (HDSM).

Elementos medibles de ASI.5.

1. El servicio de salud cuenta con un plan que contiene los procedimientos de recolección, manipulación, transporte, resguardo, de acuerdo con lo establecido en la norma técnica para el manejo de los desechos bioinfecciosos vigente.
2. El plan contiene los requisitos de documentación, dentro de lo que se incluye cualquier permiso, licencia u otros requisitos reglamentarios.
3. El plan contiene el equipo de protección y los procedimientos correctos que se requieren durante el uso.
4. Los desechos bioinfecciosos deben ser envasados de acuerdo con el tipo y características de este, durante las fases de segregación, etiquetado, acumulación, resguardo, recolección y transporte.

5. El servicio de salud identifica el tipo, la ubicación y las cantidades de todos los materiales y residuos peligrosos; además cuenta con un inventario completo y vigente de todos los materiales dentro del servicio de salud.
6. El jefe del servicio de salud establece un horario y una frecuencia de recolección, en función de la cantidad total y tipo de desechos generados diariamente por cada área de servicio, cuidando que las actividades de recolección y traslado no interfieran con las actividades de la entidad generadora y se lleven a cabo cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
7. El servicio posee rutas para el traslado de los contenedores, estos deben estar claramente definidas y señalizadas, por lo que deben ser trayectos cortos y directos.
8. Todo servicio generador de desechos bioinfecciosos debe tener un sitio del resguardo central temporal, dentro del perímetro del servicio especialmente acondicionado o construido para esta actividad.
9. El personal asignado por el servicio de salud para el transporte interno de los desechos bioinfecciosos deberá contar con las medidas de bioseguridad establecidas para tal efecto.
10. El plan de desechos establece e implementa un mecanismo de comunicación e investigación para derrames, exposiciones u otros incidentes.
11. El plan establece e implementa los procedimientos para la gestión de derrames y exposiciones, lo que incluye el uso del equipo de protección correcto.
12. La información sobre el material peligroso relacionado con procedimientos seguros de manipulación y de manejo de derrames, así como los procedimientos para la gestión de exposiciones se mantienen actualizados y disponibles en todo momento.
13. El plan establece e implementa la eliminación de desechos peligrosos de manera segura y de acuerdo con la legislación vigente.

Preparación ante desastres.

Objetivo: Asegurar la preservación de la vida, prevenir y reducir daños y consecuencias económicas, sociales y ambientales estableciendo planes de gestión definiendo las responsabilidades claras para la preparación y respuesta, comunicación efectiva de la información con los organismos del Estado con la finalidad de facilitar la toma de decisiones de protección, reacción, y la reducción del riesgo.

Estándar ASI.6 (Indispensable).

El servicio de salud desarrolla, mantiene y somete a prueba un plan de gestión y su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres naturales o de otro tipo que tengan un impacto colateral dentro del servicios y su área de responsabilidad programática o de influencia.

Intención de ASI.6.

Las emergencias, epidemias y desastres en comunidades pueden involucrar directamente al establecimiento, tal como daño a áreas de atención a usuarios como resultado de un terremoto o una epidemia que impida que el personal acuda a laborar. El desarrollo del plan debería comenzar por identificar los tipos de desastres que tienen probabilidad de ocurrir en la región donde se ubica el servicio y cuál sería el impacto que estos desastres tendrían. Es igualmente importante identificar los efectos y tipos de desastres para implementar una planificación de las estrategias que se necesitan en caso de que ocurra.

Elementos medibles de ASI.6.

1. El servicio de salud ha identificado los desastres internos y externos más importantes, tales como emergencias, epidemias y desastres naturales o de otro tipo, así como los eventos epidémicos más importantes que representan riesgos significativos para que se concreten, al tener en consideración la ubicación geográfica del establecimiento.
2. El servicio de salud identifica el probable impacto que va a tener cada tipo de desastre sobre todos los aspectos de la atención y los servicios.
3. El servicio de salud establece e implementa un plan de desastres que identifica su respuesta.
4. Todo el plan, o por lo menos los elementos críticos, se somete a prueba anualmente y al finalizar cada prueba, se realiza un breve análisis de esta.

5. Cuando hay entidades independientes en las áreas de atención a los usuarios, la organización garantiza que dichas entidades cumplen con el plan de actuación ante emergencias.

Seguridad contra Peligros relacionados a Fuego y Humo.

Objetivo: Contar con un plan de evaluación de riesgos, principalmente en las áreas más vulnerables contra incendios, en el cual se describen los lineamientos para la detección, reducción y control de incendio.

Estándar ASI.7. (Indispensable).

El servicio de salud implementa un plan para la prevención, detección temprana, contención, reducción y evacuación segura ante incendios, establecidos por leyes y reglamentos nacionales vigentes.

Intención de ASI.7.

El fuego es un riesgo siempre latente en un servicio de salud. En consecuencia, todo servicio de salud necesita planificar de qué forma mantendrá seguros a sus usuarios en caso de incendio o humo. Además, las emergencias que no guardan relación con incendios, como una fuga de gas tóxico, pueden representar una amenaza a los usuarios. Un servicio de salud desarrolla un plan en particular para la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como el almacenamiento y la manipulación seguros de materiales potencialmente inflamables, lo que incluye gases médicos inflamables, como el oxígeno; peligros relacionados con cualquier construcción en o contigua a edificios ocupados por usuarios; medios seguros y despejados de evacuación en caso de incendio; advertencia temprana, sistemas de detección temprana, tales como detectores de humo, alarmas contra incendios y brigadas de bomberos; y mecanismos de contención, tales como mangueras de agua, supresores químicos o sistemas de aspersores. Estas acciones, cuando se combinan permiten a los usuarios, familiares, personal y visitantes el tiempo adecuado para salir de forma segura de las instalaciones, en caso de incendio o humo. Estas acciones son eficaces, sin importar la edad, tamaño o construcción del establecimiento.

El plan de seguridad contra incendios del servicio de salud identifica:

- a) La frecuencia con que se inspeccionan, prueba y mantienen los sistemas de protección y seguridad contra incendios, para evacuar el servicio de forma segura en caso de un incendio o de humo.

- b) El proceso para someter a prueba todas las partes del plan durante cada período de 12 meses.
- c) La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar usuarios de manera eficaz, cuando se produce una emergencia.
- d) La participación de miembros del personal en al menos un simulacro de seguridad contra incendios al año.

Elementos medibles de ASI.7.

1. El servicio de salud instaure e implementa un plan para garantizar que todos los usuarios de las instalaciones estén seguros contra incendios, humo u otras emergencias no relacionadas con incendios.
2. El plan incluye la detección, reducción y evacuación temprana de incendios y humo.
3. Todo el personal participa en el simulacro de seguridad contra incendios y humo una vez al año.
4. El personal puede demostrar cómo evacuar a los usuarios a un punto seguro.
5. El equipo y los sistemas de detección y reducción de incendios se inspeccionan, prueban y mantienen de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes.
6. La evaluación, las pruebas y el mantenimiento del equipo y de los sistemas quedan documentados.

Equipo y Tecnología Biomédica.

Objetivo: Contar con la tecnología sanitaria que mejore la innovación del funcionamiento de los diferentes procesos que conlleve a la mejora continua en la atención brindada en todas las áreas del establecimiento.

Estándar ASI. 8. (Necesario).

El servicio de salud implementa un plan de evaluación realizando pruebas y mantenimiento de tecnología sanitaria para documentar los resultados de estas.

Intención de ASI.8.

Para garantizar que la tecnología médica esté disponible para su utilización y funcionamiento, el servicio realiza y documenta:

- a) Inventario de tecnología médica.
- b) Inspecciones habituales.

- c) Pruebas de tecnología médica, de acuerdo con su uso y requisitos de los fabricantes.
- d) Desempeño del mantenimiento preventivo y correctivo.
- e) Contar con personal capacitado en tecnología médica.

Elementos medibles de ASI.8.

1. El servicio de salud implementa un plan de tecnología médica e incluye mantenimiento preventivo y correctivo.
2. Existe un inventario de toda la tecnología médica.
3. El equipo nuevo se inspecciona, se somete a prueba durante la recepción y en lo sucesivo de acuerdo con la vida útil, uso y recomendaciones del fabricante.
4. El personal está calificado y capacitado para dar el mantenimiento a los equipos.

Estándar ASI .9. (Necesario).

El servicio de salud cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acciones por avisos de eventos centinelas relacionados a la biotecnología médica.

Intención de ASI .9.

El servicios de salud cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acciones por avisos de eventos centinelas, tales como: Amenazas cibernéticas , ataques de malware, incumplimiento del funcionamiento de la biotecnología según regulaciones del fabricante, falta de cumplimiento de provisión del proveedor, cualquier biotecnología médica que haya estado implicada en algún fallecimiento, lesión o enfermedad seria, falta de capacitación del personal a cargo del uso de la biotecnología.

El servicio de salud debe identificar y cumplir con las leyes y reglamentos correspondientes a la comunicación de incidentes de biotecnología médica.

Elementos medibles de ASI.9.

1. El servicio de salud cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acciones por avisos de:
2. Amenazas cibernéticas,
3. Ataques de malware,
4. Incumplimiento del funcionamiento de la biotecnología según regulaciones del fabricante,

5. Falta de cumplimiento de provisión del proveedor,
6. Cualquier biotecnología médica que haya estado implicada en algún fallecimiento, lesión o enfermedad seria,
7. Falta de capacitación del personal a cargo del uso de la biotecnología.
8. Cuando lo exijan las leyes y reglamentos, el servicio de salud notifica sobre cualquier fallecimiento, lesión o enfermedad seria que sean resultado de la biotecnología médica.

Servicios Prioritarios y básicos para la Operación.

Objetivo: Verificar a través de la inspección la existencia, disponibilidad, y mantenimiento oportuno de los diferentes suministros básicos necesarios para brindar una atención de calidad en todos los servicios disponibles del establecimiento.

Estándar ASI.10. (Indispensable).

El servicio de salud implementa un programa para garantizar a través de la inspección y el mantenimiento que todos los suministros básicos funcionen de manera eficaz y eficiente.

Intención de ASI.10.

Los suministros básicos se pueden definir como los sistemas y el equipo que apoya los servicios esenciales que se prestan para una atención sanitaria segura. Tales sistemas incluyen distribución eléctrica, agua, ventilación, flujo de aire, gases médicos, sistema de tuberías, calefacción, desechos, así como sistemas de comunicaciones y datos.

El funcionamiento de los suministros básicos tanto de rutina como urgente, durante las 24 horas del día, todos los días de la semana, deberá proporcionar un ambiente seguro, eficaz y eficiente, en todo el servicio de salud, minimizando los riesgos potenciales referente a la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, cilindros de oxígeno que no se protegen cuando se almacenan, fallas en las líneas de oxígeno y cables eléctricos deteriorados que representan peligros. Para evitar estos riesgos el servicio de salud cuenta con un proceso de inspección que se realiza en forma preventiva y correctiva regularmente, prestándole atención a los componentes críticos.

El servicio de salud debe contar con un inventario completo de todos los componentes de los suministros básicos e identificar qué componentes tienen el mayor impacto en el apoyo vital, el control de infecciones, el apoyo ambiental y la comunicación. El programa de gestión de servicios básicos incluye estrategias para el mantenimiento de tales servicios, con el fin de garantizar que estos componentes de los sistemas clave, tales como electricidad, agua, desechos, ventilación y gases médicos, reciban con regularidad inspecciones, mantenimientos y mejoras cuando sea necesario.

Elementos medibles de ASI.10.

1. El servicio de salud realiza inventarios de los componentes de sus suministros básicos y levanta un mapa de la distribución de estos.
2. El servicio de salud identifica y documenta las actividades de mantenimiento o actualización de equipos para todos los componentes operativos de los suministros básicos en el inventario.
3. El servicio de salud identifica y documenta los intervalos para inspeccionar, someter a pruebas y dar mantenimiento o actualizar a todos los componentes operativos de los suministros básicos en el inventario, de acuerdo con criterios tales como recomendaciones de los fabricantes, niveles de riesgo y experiencias previas.
4. El servicio de salud etiqueta los controles de los suministros básicos para facilitar desconexiones de emergencia parciales o completas.
5. Los suministros básicos y sus componentes se inspeccionan, someten a pruebas, reciben mantenimiento y se mejoran cuando se estime necesario de acuerdo con lo normado en el establecimiento por modelos recientes o tecnología avanzada.

Estándar ASI.11. (Indispensable).

El programa de suministros básicos garantiza que el servicio cuente en todo momento con agua potable, suministro eléctrico e implementa fuentes alternativas durante la interrupción, contaminación o falla del sistema.

Intención de ASI .11.

Otro aspecto esencial para brindar tanto una atención segura a los pacientes como condiciones seguras de trabajo para el personal, es la gestión adecuada de los Servicios prioritarios para la operación de cada organización.

Se consideran como servicios prioritarios para la operación los siguientes:

- a) Servicios públicos (agua, electricidad, gas, entre otros).
- b) Servicios clave (Ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación y datos, entre otros).

Debido a que, en un servicio de atención médica, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las 24 horas, todos los días de la semana, es fundamental contar con un suministro o funcionamiento ininterrumpido de los servicios prioritarios.

La organización desarrolla un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación basada en la identificación y el listado de todos los servicios públicos y clave con los que cuenta y a partir de ello implementa, al menos, los siguientes procesos:

- a) La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación.
- b) La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.
- c) La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación.
- d) La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

Elementos Medibles de ASI .11.

1. El servicio identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.

El servicio ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que, al menos, integra los siguientes procesos:

- La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación.
- La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.
- La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación.
- La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

2. El programa esta implementado en toda la organización.

3. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
4. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado relacionado con los servicios prioritarios para la operación.

Estándar ASI.12. (Indispensable).

El servicio de salud somete a prueba sus sistemas de emergencia para el suministro de agua y electricidad, y documenta los resultados.

Intención de ASI. 12.

La atención tanto de rutina como urgente, de los usuarios se proporciona en el servicio de salud las 24 horas del día, todos los días de la semana. El servicio de salud tiene diferentes necesidades de suministros básicos de acuerdo con su misión, necesidades de los usuarios y recursos. Sin embargo, una fuente ininterrumpida de agua limpia y fluido eléctrico es esencial para atender las necesidades de los usuarios.

Se necesita un sistema de suministro eléctrico de emergencia para todos los establecimientos de salud que pretenden proveer un servicio continuo en condiciones de emergencia. Un sistema provee suficiente energía eléctrica para mantener las funciones esenciales y reducir los riesgos asociados. Las fuentes de alimentación de emergencia y de respaldo se someten a prueba en circunstancias planificadas que estimulan los requerimientos reales de carga. Se realizan mejoras al servicio eléctrico en áreas con biotecnología médica u otro equipo que sean nuevos si es necesario, igualmente en el caso que se cuente con un suministro de agua por medio de cisternas lo que desmejoraría la calidad del agua debido a una interrupción en la línea de suministro hacia el servicio de salud. Cuando se presente una interrupción en la fuente habitual de agua se deberá proporcionar a través de una vía de emergencia.

Con el fin de prepararse para tales emergencias, el servicio de salud identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones que representan el más alto riesgo para minimizarlos, planificando fuentes de emergencia de electricidad y agua limpia, sometiéndolas a disponibilidad y fiabilidad, tal como lo requieren las leyes y reglamentos locales, recomendaciones del fabricante o de los proveedores.

Las condiciones de las fuentes de electricidad y agua que pueden aumentar la frecuencia de la realización de pruebas incluyen: La reparación repetida del sistema de agua; la contaminación frecuente de la fuente de agua; redes eléctricas no fiables; cortes recurrentes e impredecibles del fluido eléctrico. Cuando el sistema de emergencia de suministro eléctrico requiere una fuente de combustible, debería tenerse en cuenta la cantidad de combustible almacenado en el sitio y cualquier problema de distribución que se prevea causado por escasez, condiciones climáticas, así como ubicaciones y condiciones geográficas. El servicio de salud puede determinar la cantidad de combustible almacenado, a menos que una autoridad que tenga jurisdicción especifique la cantidad.

Elementos medibles de ASI.12.

1. Hay agua potable disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
2. Hay energía eléctrica disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
3. El servicio de salud tiene identificadas las áreas y los servicios que tienen el mayor riesgo cuando falla el suministro eléctrico o se contamina/interrumpe el suministro de agua.
4. El servicio de salud procura reducir los riesgos de tales eventos.
5. El servicio de salud tiene planificadas fuentes alternativas de electricidad y agua en emergencias.
6. El servicio de salud somete a prueba las fuentes alternativas de agua por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, si así lo requieren las leyes y reglamentos locales o las condiciones de la fuente de agua.
7. El servicio de salud somete a prueba las fuentes alternativas de electricidad por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, si así lo requieren las leyes y reglamentos locales, las recomendaciones de los fabricantes o las condiciones de la fuente de electricidad.
8. El servicio de salud documenta los resultados de las pruebas.
9. Cuando las fuentes de emergencia de electricidad requieren una fuente de combustible, el servicio establece la cantidad necesaria de combustible almacenado en el sitio y lo tiene a disposición.

Estándar ASI.13. (Indispensable).

Personas o autoridades designadas monitorizan la calidad de agua con regularidad.

Intención de ASI.13.

La calidad del agua tiene la predisposición de cambio súbito, lo que incluye cambios ajenos al control del servicio de salud. La calidad del agua también constituye un factor crítico en los procesos de atención clínica, tal como la diálisis renal. En consecuencia, el servicio de salud establece un proceso para monitorizar la calidad del agua, lo que incluye pruebas biológicas del agua que se usa en la diálisis renal. Se implementan acciones cuando se determina que la calidad del agua es insegura.

Se realiza la monitorización por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, de acuerdo con las leyes y reglamentos locales, las condiciones de las fuentes de agua y la experiencia previa con problemas de calidad del agua. La monitorización se puede llevar a cabo por parte de personas designadas por el servicio de salud.

Elementos medibles de ASI.13.

1. La calidad del agua se monitoriza y se documenta por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, de acuerdo con las leyes y reglamentos locales, las condiciones de las fuentes de agua y la experiencia previa con problemas de calidad del agua.
2. El agua se somete a prueba y se documentan de acuerdo con los estándares de calidad por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, de acuerdo con las leyes y los reglamentos locales.
3. Se toman acciones y se documentan las mismas cuando se determina que la calidad del agua es insegura.

CAPITULO V

CUALIFICACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL (CEP).

Objetivo: Establecer un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol y contratación a través de un plan de educación continua que tenga como finalidad la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para planear y desarrollar un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integre a todas las áreas y servicios de la organización y tanto al personal clínico, como el no clínico.

Área de enfoque:

- Capacitación Continua.
- Designación del personal médico y paramédico.
- Asignación de funciones clínicas del personal médico y para médico.
- Designación y renovación de las funciones del personal médico y paramédico.
- Monitorización y evaluación continua de los miembros del personal médico y paramédico.
- Reclutamiento y selección.
- Asignación y reasignación del personal.
- Personal de enfermería.
- Índices de rendimiento de enfermería.
- Dotación de personal y asignaciones.
- Planificación del personal.
- Designación del personal médico y paramédico.
- La asignación de las funciones clínicas del personal médico.
- Evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico.
- Otros profesionales sanitarios.

Capacitación Continua.

Estándar CEP.1 (Necesario).

El servicio de salud brinda educación, capacita en forma continua y somete a prueba a todo el personal en cuanto a sus funciones con el objetivo de brindar una atención de alta calidad se guía por los parámetros educativos definidos por el equipo directivo de la entidad de salud.

Intención de CEP. 1.

Para cumplir su misión y responder a las necesidades de los pacientes, un servicio sanitario necesita una adecuada pluralidad de personas especializadas y cualificadas. Los líderes del servicio trabajan de manera conjunta para identificar el número y tipo de miembros del personal necesarios basándose en las recomendaciones de los jefes de departamento y servicios.

Cada servicio de salud debe decidir el tipo y nivel de capacitación para el personal y, posteriormente, llevar a cabo y documentar un programa para esta capacitación e instrucción.

El programa puede incluir:

- a) Instrucciones grupales.
- b) Materiales educativos impresos.
- c) Componentes de inducción al personal nuevo.

El reclutamiento, la evaluación y la asignación del personal se llevan a cabo mediante un proceso coordinado, eficiente y uniforme. Es también esencial el documentar las habilidades, conocimientos, educación y experiencia laboral previa del candidato. Así como revisar las credenciales del personal médico y paramédico, ya que participan en los procesos de atención directa con los pacientes.

Proporcionar orientación a la organización y a los programas además de las funciones específicas relacionadas con el puesto de trabajo, es un proceso importante. Los establecimientos sanitarios deberían proporcionar al personal oportunidades de aprender y de progresar a nivel personal y profesional.

Con frecuencia las entidades incorporan una función de enseñanza en su misión con componentes clínico-administrativo dirigido al personal médico, de enfermería, de otros profesionales sanitarios e incluso estudiantes.

Cuando participa en estos tipos de programas de capacitación, la entidad de salud proporciona un mecanismo de supervisión del programa; obtiene y acepta los parámetros del programa académico; tiene un registro completo de todo el personal.

La entidad entiende y proporciona el nivel requerido de supervisión para cada tipo y nivel de profesional, así como los profesionales en formación en los programas de orientación, calidad, seguridad de los pacientes, prevención, control de infecciones y otros programas.

Elementos medibles de CEP.1.

1. La entidad de salud proporciona un mecanismo(s) de supervisión del programa(s) de capacitación continua.
2. La entidad de salud obtiene y acepta los parámetros del programa académico planificado. Y tiene un registro completo de licencias o certificaciones obtenidas de todos los profesionales
3. La entidad de salud proporciona el nivel requerido de supervisión para cada tipo y nivel profesional.

4. El servicio integra a los profesionales en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad de los pacientes, prevención y control de infecciones y otros programas.
5. El conocimiento del personal se somete a prueba en cuanto a sus funciones en cada uno de los programas de administración del establecimiento.
6. Para cada miembro del personal, se documenta la capacitación, las pruebas y los resultados.
7. El personal está capacitado para manejar tecnología médica y suministros básicos.

Estándar CEP.2 (Necesario).

Los miembros del personal están capacitados y poseen conocimientos acerca de sus funciones en los programas de seguridad y salud ocupacional.

Intención de CEP .2.

La instrucción sobre los procesos para comunicar riesgos potenciales, incidentes, lesiones, materiales peligrosos que representen riesgos a los mismos integrantes del personal o a otras personas deberán ser considerados de alta prioridad, tomando en cuenta la Ley General de Prevención de Riesgos en los lugares de trabajo, Manejo y mantenimiento de tecnología médica y algunos otros mecanismos que satisfagan las necesidades del personal de los servicios de salud.

La capacitación puede provenir de los servicios de salud, del fabricante de la tecnología o de alguna otra fuente de expertos que posea conocimientos al respecto. Se puede someter a prueba el conocimiento por diversos medios, tales como demostraciones individuales o grupales, la puesta en escena de eventos simulados, el uso de exámenes impresos, digitales u otros medios idóneos para el conocimiento que se está sometiendo a evaluación.

Elementos medibles de CEP.2.

1. Se proporciona instrucción anualmente para cada componente del programa de Administración y seguridad de los servicios de salud, con el fin de garantizar que todo el personal de todos los turnos pueda desempeñar sus responsabilidades de forma eficiente.
2. En la instrucción incluye a visitantes, proveedores, trabajadores por contrato y otros según lo identifique el servicio de salud.

Estándar CEP.2.1. (Indispensable).

El personal está capacitado para desempeñar sus funciones en la identificación y reducción de riesgos, la protección a otras personas y a sí mismos como el mantenimiento de un servicios seguro y protegido.

Intención de CEP.2.1.

El personal es la fuente principal de contacto de los servicios de salud con usuarios, familiares y visitantes. En consecuencia, es necesario que cuenten con instrucción y estén capacitados para desempeñar sus funciones en la identificación y reducción de riesgos, la protección a otras personas y a sí mismos como el mantenimiento de un servicios seguro y protegido.

Los servicios de salud documentan que personal se sometió a prueba y los resultados de estas, siempre apegándose en las leyes y reglamentos referentes a la seguridad ocupacional. A partir de los resultados se planifica un programa diseñado para someter a prueba periódicamente el conocimiento del personal sobre procedimientos de emergencia, lo que incluye procedimientos de seguridad contra incendios; la respuesta a los peligros, tales como el derrame de materiales peligrosos; así como el uso de tecnología médica que represente un riesgo para los usuarios y el personal.

Elementos medibles de CEP.2.1.

1. El personal de salud puede describir o hacer una demostración de sus funciones en respuesta a un incendio, para eliminar, minimizar o comunicar riesgos de seguridad, de protección, de las precauciones, los procedimientos y la participación en emergencias, dentro de lo que se incluye el almacenamiento, la manipulación y la eliminación de gases médicos y de materiales y residuos peligrosos en la infraestructura y la comunidad.
2. Se capacita al personal para manejar tecnología médica de acuerdo con los requerimientos de sus puestos de trabajo.
3. Se capacita al personal para manejar suministros básicos de acuerdo con los requerimientos de sus puestos de trabajo, para dar mantenimiento a la tecnología médica de acuerdo con los requerimientos.

Estándares CEP 3. (Necesario).

Los jefes de los departamentos y servicios del establecimiento definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal.

Intención de CEP 3.

Se deben definir las responsabilidades de cada miembro del personal en una descripción actual del puesto de trabajo.

Los jefes de los departamentos y servicios de los servicios desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal, así como otros procedimientos relacionados que identifica la organización. Los servicios utilizan un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades de los pacientes.

Elementos medibles de CEP .3.

1. El servicio utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico sean congruentes con las necesidades de los servicios y los requisitos del puesto.
2. Existe información documentada de recursos humanos para cada miembro del personal.
3. Una estrategia de dotación de personal para los servicios desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios identifica el número, tipo y cualificaciones que se desean del personal.
4. La estrategia de dotación de personal se revisa de manera continua y se actualiza según sea necesario.
5. Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación del área a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al equipo de trabajo.
6. Cada miembro del personal recibe formación y capacitación continua en su puesto de trabajo y de otro tipo para mantener o progresar en sus destrezas y conocimiento.
7. Los miembros del personal que proporcionan atención a pacientes están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada indispensablemente en técnicas de reanimación.

Designación del personal médico y paramédico.

Objetivo: Constatar que el personal de salud contratado por el servicio cumple con las acreditaciones y habilitaciones exigidas por las leyes vigentes, con el propósito de realizar sus funciones con las competencias necesarias para brindar una atención de alta calidad.

Estándar CEP .4. (Necesario).

Los establecimientos de salud tienen un proceso uniforme para reunir las credenciales de aquellos miembros del personal médico y paramédico a los que se les permite brindar atención a los pacientes.

Intención de CEP .4.

La titulación académica de los miembros del personal médico y paramédico, su autorización, habilitación, colegiación u otras credenciales requeridas por la ley o normativa y por la organización se verifican y se mantienen al día.

Elementos Medibles de CEP 4.

1. Hay un proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para la asignación inicial de los miembros del personal médico y paramédico.
2. Existe en el expediente de cada personal médico y paramédico copia de los atestados originales con su auténtica por la institución de educación correspondiente y autorizada.

Asignación de funciones clínicos del personal médico y paramédico.

Objetivo: Verificar que las funciones otorgadas al personal médico y paramédico estén de acuerdo con sus competencias y cualificaciones.

Estándar CEP 5(Necesario).

Los servicios tienen un procedimiento de contratación estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico y paramédico a ingresar, tratar pacientes y ofrecer otros servicios clínicos congruentes con sus cualificaciones.

Intención de CEP .5.

El desarrollo de las diferentes funciones realizadas por el personal médico y paramédico requieren de múltiples competencias y habilidades las cuales son adquirida en el momento de su formación profesional y actualizadas durante el

desempeño de sus labores para la adquisición de la experticia que les permite brindar una alta calidad en la atención.

Por lo que los establecimientos deben de contar con los procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción del personal solicitando oportunamente las evidencias de sus certificaciones y habilitaciones de acuerdo con las leyes vigentes.

Elementos Medibles de CEP .5.

1. Personal contratado debe cumplir con el proceso completo de contratación definido por los servicios.
2. Que existe un expediente que contenga todas las evidencias de sus certificaciones, habilitaciones y capacitaciones, el cual se actualizara en forma periódica o cuando sea necesario.
3. El personal sea contratado de acuerdo con las funciones del cargo a desempeñar.

Designación y renovación de las funciones del personal médico y paramédico.

Objetivo: Comprobar que se realicen las designaciones y renovaciones de las funciones del personal médico y paramédico cuando sea necesario o cuando el personal se especialice.

Estándar. CEP.6. (Necesario).

Los servicios tienen un procedimiento de designación y renovación de funciones con el objetivo cubrir las necesidades de los establecimientos de acuerdo con las competencias, habilidades y cualificaciones que el personal médico y paramédico va adquiriendo en sus capacitación y actualizaciones.

Intención CEP .6.

Al menos cada tres años, los servicios de salud determinan la designación y funciones clínicas del personal médico y paramédico, a partir de la monitorización y evaluación continua de cada miembro, las cuales se deben mantener con o sin modificaciones de acuerdo con las necesidades del establecimiento, respetando las competencias de cada recurso.

Elementos Medibles de CEP .6.

1. Cuenta con registros de actualizaciones del personal médico y paramédico en su bolsa de trabajo.

2. Existe el proceso de promoción de acuerdo con la adquisición de nuevas habilitaciones y certificaciones.
3. Se realizan las designaciones y renovaciones de los cargos y funciones de acuerdo con lo establecido en los procesos del establecimiento.

Monitorización y evaluación continua de los miembros del personal médico y paramédico.

Objetivo: Confirmar que existan registros del monitoreo y evaluación, en forma continua y precisa del desempeño y la atención que el personal médico y paramédico brindan.

Estándar CEP .7. (Indispensable).

Los establecimientos de salud emplean un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico y paramédico brinda a los pacientes.

Intención de CEP .7.

Los servicios tienen la responsabilidad de brindar una atención de calidad a través del adecuado desarrollo de las funciones del personal contratado, por lo que estos deberán tener los conocimientos sobre la atención de alta calidad y seguridad de los pacientes.

Además, el servicio deberá contar con un programa de capacitación o educación continua para mejorar las habilidades del personal, así como un sistema monitoreo y evaluación que mida el conocimiento adquirido.

Elementos Medibles de CEP .7.

1. Cuenta con un procedimiento de monitoreo y evaluación del desarrollo de funciones del personal médico y para médico.
2. Registro del programa de capacitación y educación continua, incluyendo el sistema de evaluación.
3. Se miden los resultados en la mejora continua en lo que se refiere a la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Personal de enfermería.

Objetivo: Regular, asesorar, conducir, y controlar los cuidados que brinda el personal de enfermería, para que la atención que se proporciona a la persona en el entorno intra o extra de los servicios guarden los principios de calidad y seguridad del paciente.

Estándar CEP .8 (Indispensable).

El servicio de salud cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).

Intención de CEP.8.

El servicio tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales y descripción de funciones y cargos del personal de enfermería que cumpla con cualquier requisito legal.

Elementos Medibles de CEP .8.

1. El servicio tiene un procedimiento estandarizado para reunir y documentar la titulación académica, las certificaciones y la experiencia de cada miembro del personal de enfermería.
2. En los expedientes del personal de enfermería se encuentran los documentos que respalden las certificaciones y habilitaciones profesionales.
3. El servicio tiene un proceso estandarizado para la evaluación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad, como la evaluación del desempeño individual cuando proceda.
4. Desarrollar procesos para la instrumentalización técnica y administrativa que respalda el accionar disciplinario en la atención de salud, a fin de garantizar la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes niveles de atención.
5. Se verifican la titulación académica, la capacitación y las certificaciones a partir de la fuente original y legal.
6. La licencia de habilitación para ejercer verificable a partir de la fuente original y legal.
7. Se mantiene un registro de las credenciales de cada de cada miembro del personal de enfermería.

8. El servicio tiene un proceso para garantizar que las credenciales de las enfermeras con contrato de servicios son válidas y están completas en forma previa a la asignación.
9. El servicio tiene un proceso para garantizar que el personal de enfermería contratadas por servicios profesionales para brindar atención en el sector privado cuenta con credenciales válidas.

Trato digno.

Estándar. CEP. 9.(Necesario).

En la evaluación del desempeño profesional se incluye el cumplimiento a los principios éticos, el trato cálido y humanizado, así como la valoración del desarrollo técnico de acuerdo con los protocolos de manejo del establecimiento.

Intención de CEP. 9.

La labor del personal de enfermería se caracteriza por el alto nivel de respeto, interés, celeridad y empatía hacia las personas atendidas, lo cual contribuirá a aumentar la sensación de bienestar y satisfacción.

Elementos medibles de CEP 9.

1. El trato de enfermería es respetuoso y cálido.
2. En la supervisión se observa el trato diligente y oportuno de la atención brindada por el personal de enfermería.

Información veraz.

Estándar. CEP .10 (Indispensable).

Dentro de la contratación del personal de enfermería se contempla la documentación que comprende la confidencialidad de la información tanto de los pacientes atendidos como del establecimiento.

Intención de CEP. 10.

La esencia de las labores de enfermería radica en saber responder a la confianza que el paciente entrega a sus cuidadores. Esa confianza implica principios éticos, entre los que destaca la veracidad de la información que los profesionales de enfermería suministran. Es deber del personal mantener al tanto a los pacientes y sus familias

sobre el estado de salud del enfermo y de su evolución. A la vez, debe saber transmitir la información correspondiente en cada caso. Un proceso de atención sanitario que no sea veraz perderá confianza y verosimilitud.

Elementos medibles de CEP .10.

1. En las políticas del servicio se contempla la importancia de la confidencialidad del personal de enfermería.
2. Existe en el expediente del personal de enfermería una carta de confidencialidad y veracidad de la información.

Comunicación y coordinación.

Estándar. CEP. 11. (Indispensable).

Existe un sistema de comunicación efectivo entre el personal de enfermería que contenga los procesos, funciones, lineamientos y protocolos para el adecuado y coordinado desempeño de este.

Intención de CEP.11.

A la hora de la atención, el personal de enfermería debe trabajar coordinadamente y poner en práctica estrategias de comunicación eficaz. Los mensajes tienen que ser veraces y claros. Entre más coordinado esté el personal, más será la confianza y el bienestar de los pacientes y sus familias. Estas estrategias deben vincular, además, al personal de ayuda y a los miembros de otros equipos auxiliares que intervienen en el cuidado. Es decir, se debe aspirar a una coordinación en todos los niveles.

Elementos medibles de CEP.11.

1. Existen procesos definidos de comunicación coordinados y eficaces entre todo el personal de enfermería y el resto del personal multidisciplinario.
2. Se evalúan la satisfacción con respecto a la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes y sus familias.
3. Las notas de en enfermería en los expedientes clínicos muestran evidencia de las indicaciones medicas diarias, así como las intervenciones específicas realizadas.

4. Existe evidencias de la eficiencia y eficacia de las intervenciones de enfermería aplicadas al usuario como la aplicación del proceso enfermero o planes de cuidados estandarizados.
5. Existen comités de enfermería con funciones específicas que trabajen por evidenciar el trabajo realizado en el servicio.

Prevención de caídas.

Estándar. CEP. 12. (Indispensable).

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas debido a múltiples variables.

Intención de CEP.12.

Las caídas entre los pacientes ingresados son más frecuentes que entre las personas mayores. Su situación de convalecencia les hace más vulnerables y propensas a este tipo de incidentes. Una de las labores indispensables del personal de enfermería es velar por que esto no ocurra y garantizar que el proceso de recuperación se desarrolle normalmente. En este punto también se deben tener en cuenta los factores ambientales (frío, calor, humedad), las características arquitectónicas de los servicios y las funciones que prestan el personal y el mobiliario.

Elementos medibles de CEP.12.

1. La disponibilidad de timbres de alarmas en las camas.
2. Se mantienen las camas en una posición baja.
3. Existe un sistema de identificación de riesgos para los pacientes más vulnerables ante las caídas. (Ej.: pulseras con código de colores de alerta de caída para comunicar claramente al personal el estado de riesgo de caída de los pacientes).
4. Existe un proceso del reporte de información de los pacientes que sufren caídas.
5. Están determinados los planes de acción para la prevención de las caídas de los pacientes.
6. El personal de enfermería ha recibido capacitación en cuanto a la prevención, procesos de atención y notificación de los pacientes que sufren caídas.

7. Se han establecido indicadores de calidad que midan la incidencia de caídas de los pacientes.

Índices de Rendimiento de enfermería.

Estándar. CEP .13 (Necesario).

El servicio cuenta con un sistema de monitoreo de los indicadores de rendimiento del personal de enfermería.

Intención de CEP 13.

La importancia de los índices de rendimiento del personal de enfermería marca la diferencia en el mejoramiento de la calidad de la atención de los pacientes, principalmente en la oportunidad de los servicios ofertados para la efectividad y eficiencia en el cumplimiento de funciones y actividades según el cargo y el área asignada.

Elementos medibles de CEP 13.

1. Registro de monitoreo de la cantidad de personal de enfermería asignado por áreas generales y especializadas.
2. Se cuenta con índices de rendimiento establecidos por áreas o servicios.
3. Se han establecido indicadores de desempeño y producción.
4. Existe un protocolo de evaluación de desempeño para los profesionales de enfermería.

Estándar CEP.14 (Necesario).

El servicio tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales del miembro del personal de enfermería y de cualquier requisito legal.

Estándar CEP.14.1 (Necesario).

El servicio tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento, que incluye la evaluación del desempeño individual cuando proceda.

Intención de CEP.14 y CEP.14.1.

La revisión de las cualificaciones de los miembros del personal de enfermería sirve como base para la asignación de responsabilidades del puesto y asignaciones de trabajo clínico. Las asignaciones de trabajo pueden estar descritas en más detalle en

una descripción del puesto de trabajo o descritas de otros modos o en registros que respaldan la forma en que se realizan las asignaciones del personal de enfermería como, por ejemplo, una asignación a unidades geriátricas o pediátricas o a unidades de pacientes de gravedad. Las asignaciones realizadas por el servicio cumplen con las leyes y reglamentaciones vigentes concernientes a las responsabilidades de las enfermeras y al cuidado clínico.

El papel clínico principal del personal de enfermería exige la participación en el programa de mejora de la calidad del establecimiento. Si en cualquier momento durante la medición de la calidad clínica, la evaluación y la mejora, se cuestiona el desempeño de un miembro del personal de enfermería, el servicio cuenta con un proceso para evaluar el desempeño de esa persona. Los resultados de las revisiones, de las medidas tomadas y cualquier impacto en las responsabilidades del puesto se registran en el expediente de credenciales u otro expediente de la enfermera.

Elementos medibles de CEP .14.

1. La licencia (colegiación), formación, capacitación y experiencia de un miembro del personal de enfermería se usan para realizar las asignaciones de trabajo clínico.
2. El proceso tiene en cuenta la legislación y normativa relevante.
3. El proceso apoya los planes de dotación de enfermeras.
4. Existe un manual de funciones y descripción de puesto.

Elementos medibles de CEP.14.1.

1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.
2. El desempeño individual de los miembros del personal de enfermería se revisa cuando así lo indican los hallazgos de las actividades de mejora de la calidad en el desempeño de sus funciones.
3. La información pertinente del proceso de revisión se registra en el expediente de credenciales u otro expediente de la enfermera.

Dotación de personal y asignaciones.

Estándar. CEP 15 (Indispensable).

El servicio cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).

Intención de CEP .15.

El servicio de salud tiene un proceso uniforme para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales de los otros profesionales sanitarios y en cualquier requisito legal.

Los jefes de departamentos y servicios definen los requisitos de dotación de personal para satisfacer las necesidades de los pacientes. Definen la formación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados para puestos individuales o para clases de puestos similares; por ejemplo, enfermeros/as de cuidados intensivos. Para proyectar las necesidades de dotación de personal, los directivos de departamentos/servicios emplean factores, tales como:

- a) La misión de la entidad de salud.
- b) La tipología de los pacientes atendidos, la complejidad y gravedad de sus necesidades.
- c) Los servicios clínicos y de diagnóstico según el portafolio de servicios.
- d) El volumen de pacientes servicios y pacientes ambulatorios.
- e) La tecnología biomédica que se utiliza en la atención de pacientes.

El servicio de salud cumple con las leyes y reglamentos que identifican los niveles requeridos de formación, las destrezas u otros requisitos de los miembros individuales del personal o de los equipos multidisciplinarios.

Elementos medibles de CEP.15.

1. En la planificación se hace uso de la misión, el volumen y la tipología de pacientes, servicios y biotecnología médica, así como las competencias y credenciales del personal.
2. Se define la formación, las destrezas y el conocimiento deseado para el personal.
3. Se incorporan las leyes y normativas aplicables a la planificación y asignación de funciones de acuerdo con las acreditaciones de cada profesional.

Estándar CEP.16 (Necesario).

Los jefes de los departamentos y servicios del establecimiento desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal.

Intención de CEP.16.

El servicio de salud proporciona un proceso eficaz, coordinado y centralizado para reclutar a personas para los puestos disponibles; evalúa las capacitaciones, las destrezas y el conocimiento de los candidatos. Los jefes de departamentos/servicios participan al recomendar la cantidad y las cualificaciones del personal necesarios para prestar servicios clínicos a los pacientes y además pueden tomar decisiones acerca de las personas que se van a asignar al personal.

El servicio de salud contrata a miembros cualificados del personal mediante un proceso que equipara los requisitos del puesto con las cualificaciones del candidato a miembro del personal. Este proceso también garantiza que las destrezas del miembro de este sean congruentes con las necesidades de los pacientes tanto inicialmente como con el transcurso del tiempo.

Elementos medibles de CEP.16.

1. El servicio de salud instituye e implementa:
 - Un proceso para reclutar personal.
 - Un proceso para evaluar la cualificación de nuevo personal.
 - Un proceso para asignar funciones al personal.
 - Un proceso de selección que sea uniforme en todo el servicio para tipos similares de personal.

2. El servicio de salud utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades de los pacientes.

3. Para el personal clínico que trabaja conforme a descripciones de puesto de trabajo, el proceso incluye lo siguiente:
 - Una evaluación inicial para garantizar que él o ella puede asumir efectivamente las responsabilidades contenidas en la descripción del puesto de trabajo
 - Debe tener un período “de prueba” o de otro tipo durante el cual al miembro del personal sanitario se le supervisa y evalúa estrechamente.
 - El servicio de salud garantiza que el personal que preste servicios de alto riesgo o que proporcione atención a pacientes de alto riesgo, sea evaluado en el

momento de comenzar a proporcionar la atención, antes de que concluya el período de prueba o de orientación. Esta evaluación de las destrezas, así como del conocimiento y las conductas de trabajo deseadas, se lleva a cabo por parte del departamento o servicio al que está asignado el miembro del personal.

Estándar. CEP. 17 (Necesario).

El servicio define las responsabilidades de cada miembro del personal en una descripción actual del puesto de trabajo.

Intención de CEP.17.

El servicio define las responsabilidades de los miembros individuales del personal que cuenten con autorización para ejercer su profesión en las descripciones del puesto de trabajo vigentes. Las descripciones del puesto sirven de base para sus asignaciones, funciones, orientaciones y evaluaciones de la forma en que satisfacen sus responsabilidades.

Las descripciones del puesto de trabajo son necesarias para los profesionales sanitarios, cuando la persona se desempeña principalmente en una función de gestión, como gerente de departamento, o en funciones dobles tanto clínicas como de gestión. El servicio utiliza descripciones del puesto de trabajo con responsabilidades específicas o especializadas (por ejemplo, enfermero de cuidados intensivos, enfermero del área de pediatría, enfermero de sala de operaciones, entre otros).

Elementos medibles de CEP.17.

1. Cada miembro del personal cuenta con una descripción del puesto de trabajo apropiadas para sus actividades y responsabilidades.
2. Las descripciones del puesto de trabajo están al día de acuerdo con la política de la institución.
3. El servicio utiliza un proceso definido para equiparar el conocimiento, las destrezas y la competencia del personal clínico con las necesidades de los pacientes.

Estándar CEP .18 (Indispensable).

El servicio de salud utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades del servicio y los requisitos del puesto.

Intención de CEP 18.

El servicio de salud busca personal que pueda cubrir de manera competente las necesidades de los puestos clínicos. El supervisor proporciona una orientación al puesto y garantiza que el trabajador pueda satisfacer las responsabilidades de la descripción del puesto de trabajo. El miembro del personal recibe el nivel necesario de supervisión y se le evalúa de forma periódica para garantizar la competencia continua en el puesto.

Elementos medibles de CEP 18.

1. El servicio de salud utiliza un proceso definido para equiparar el conocimiento y las destrezas del personal con los requisitos del puesto de trabajo.
2. Un expediente de personal riguroso proporciona documentación de los conocimientos, destrezas, competencia y formación requeridas para llevar a cabo las responsabilidades del puesto.
3. Los expedientes del personal pueden contener información sensible y por tanto deben mantenerse confidenciales, incluyendo a aquellos que exige la legislación vigente para el ejercicio profesional.
4. Los registros están estandarizados y se mantienen al día de acuerdo con la política del servicio de salud.
5. Los expedientes contienen:
 - La descripción del puesto de trabajo.
 - Cualificaciones.
 - Historial laboral de cada miembro del personal.
 - Las funciones específicas del miembro del personal.
 - La formación dentro del trabajo a la que se ha asistido.
 - Los resultados de las evaluaciones del desempeño.
 - La información sanitaria requerida como exámenes ocupacionales y esquemas de inmunizaciones.

Planificación del personal.

Objetivo: lograr una óptima distribución del personal de acuerdo con las necesidades, actividades y flujo de usuarios que requieren los servicios de enfermería.

Estándar CEP 19 (Necesario).

Una estrategia de dotación de personal para la institución desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios identifica el número, tipo, cantidad y cualificaciones que se desean de cada uno de los cargos.

Intención de CEP 19.

La dotación apropiada y adecuada de personal es crucial para la atención de los pacientes, así como todas las actividades docentes y de investigación en que pueda participar. La planificación de personal se lleva a cabo por parte de los jefes de los departamentos y servicios. El proceso de planificación utiliza métodos reconocidos para determinar los niveles de dotación de personal. Por ejemplo, se utiliza un sistema de pacientes que necesitan cuidados agudos y así determinar la cantidad de personal de enfermería con experiencia para la unidad cuidados pediátricos intensivos.

Se redacta la estrategia, se identifica la cantidad, los tipos de personal necesario, destrezas, conocimientos y otros requisitos que se necesitan en cada departamento y servicio para implementar sus propios índices de rendimiento dentro del establecimiento.

Elementos Medibles de CEP 19.

1. La reasignación de personal de un departamento o servicio a otro, en respuesta al cambio de necesidades de los pacientes o escasez de personal.
2. La consideración de solicitudes del personal para su reasignación con base al cumplimiento de las leyes y normativas vigentes.
3. La dotación de personal planificada se monitoriza y coordina de forma continúa actualizando la estrategia de cambios (asignación y la reasignación) según sea necesario, como parte de las funciones y responsabilidades de los jefes de los departamentos y servicios.

Estándar CEP. 20 (Indispensable).

Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación de las jefaturas, al departamento o a la unidad a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al personal.

Intención de CEP 20.

La decisión de asignar a un individuo al personal de un servicio pone a varios procesos en movimiento. Para desenvolverse bien, un nuevo miembro del personal, sin importar cuál es su condición laboral, necesita comprender la globalidad del servicio y la forma en que sus responsabilidades clínicas y no clínicas contribuirán a la misión de este. Esto se logra por medio de una orientación general, así como una orientación específica a las responsabilidades de su puesto. La orientación incluye la comunicación de errores médicos, la prevención de infecciones, prácticas de control las políticas, órdenes de medicamentos, asignaciones o responsabilidades específicas, tales como seguridad de los pacientes, prevención y control de infecciones y otros.

Elementos medibles de CEP 20.

1. Los nuevos miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación sobre el establecimiento, el departamento o la unidad a la que son asignados, así como a sus responsabilidades laborales y cualquier otra asignación específica.
2. Los trabajadores de contratos reciben orientación sobre el establecimiento, el departamento o la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades laborales y a cualquier asignación específica.
3. Los profesionales reciben orientación sobre la organización y el funcionamiento del establecimiento.

Estándar CEP. 21.(Necesario).

Cada miembro del personal recibe formación y educación continua sobre su puesto de trabajo.

Intención de CEP 21.

El personal recopila datos de diversas fuentes para comprender las necesidades constantes de educación de su personal. Los resultados de las actividades de mediciones de calidad y seguridad constituyen una fuente de información para identificar necesidades educativas que se incluirán en el Programa de educación continua del personal. Así mismo, los datos de monitorización provienen de:

- a) Programa de administración del establecimiento.
- b) Introducción de nueva tecnología médica.
- c) Revisión del desempeño del puesto de trabajo.
- d) Nuevos procedimientos clínicos.
- e) Planes futuros para proporcionar nuevos servicios.

El servicio debe garantizar a través de la educación continua las credenciales, así como monitorizar y documentar los resultados de la educación de este personal.

Para mantener aceptable el desempeño del personal, enseñar nuevas destrezas y proporcionar capacitación sobre nueva tecnología y procedimientos médicos, el servicio proporciona o se encarga de organizar instalaciones, instructores y tiempo para educación constante mientras se está en servicio. Esta educación es relevante para cada miembro del personal, así como para el avance continuo del servicio en atender las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, los miembros del personal médico pueden recibir educación sobre prevención y control de infecciones, avances en la práctica médica, cultura de seguridad o nueva tecnología médica. Los logros educativos de cada miembro del personal están documentados en su expediente de recursos humanos.

La disponibilidad de información científica actual respalda la educación y la capacitación, estas pueden llevarse a cabo en una ubicación centralizada o en varias ubicaciones de aprendizaje y destrezas más pequeñas distribuidas en todo el establecimiento. Se puede ofrecer la educación una vez a todos o en forma repetida para personal que esté en modalidad de turnos, con el fin de minimizar el impacto en las actividades de atención a los pacientes.

Elementos medibles de CEP 21.

1. El servicio tiene identificados a los profesionales que proporcionan atención al paciente y a cualquier otro profesional que deba recibir formación.
2. Se proporciona el nivel apropiado de capacitación con suficiente frecuencia para satisfacer las necesidades del personal.
3. Existe evidencia que demuestra si un miembro del personal aprobó la capacitación.
4. El nivel deseado de capacitación para cada persona se repite con base a los requisitos o plazos establecidos por el programa.

Estándar CEP 22. (Necesario).

El servicio proporciona un plan de salud y seguridad laboral que aborda la salud física y psíquica del personal y unas condiciones de trabajo seguras.

Intención de CEP 22.

El servicio contara con un plan de salud y seguridad laboral para mantener la salud física y psíquica del personal, su satisfacción, productividad y condiciones seguras para el trabajo.

El servicio identifica qué miembros del personal están en riesgo por exposición a una posible transmisión de enfermedades prevenibles por medio de vacunas e implementará un programa de vacunación e inmunización del personal.

La manera en que un servicio proporciona orientación, capacitación, un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo médico en óptimas condiciones, evita o controla las infecciones asociadas a la atención sanitaria y muchos otros factores, determinan la salud y el bienestar del personal.

Un plan de salud y seguridad del personal puede localizarse en el propio servicio estar integrado en planes externos.

El programa proporciona lo siguiente:

- a) Reconocimiento médico al comenzar a trabajar.
- b) Medidas para controlar exposiciones ocupacionales nocivas, como la exposición a medicamentos tóxicos y a niveles de ruido lesivos.
- c) Inmunizaciones y exámenes preventivos periódicos.
- d) Educación, capacitación e intervenciones sobre el manejo seguro de los pacientes y gestión sobre la violencia en el lugar de trabajo.
- e) Educación, capacitación e intervenciones para el personal que puede ser segunda víctima de eventos adversos o centinela.
- f) Tratamiento para situaciones comunes relacionadas con el trabajo, como enfermedades profesionales y accidentes laborales.

Cualquiera que sea la estructura del plan, el personal sabe cómo comunicar, como ser tratado, recibir orientación y seguimiento para lesiones relacionadas con el trabajo, como las producidas por accidentes cortopunzantes, exposición a enfermedades infecciosas, situaciones de violencia en el lugar de trabajo, manejo de pacientes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y

seguridad. El diseño del plan incluye las aportaciones del personal y recurre a los recursos clínicos de los servicios y también a los de la comunidad.

El personal de enfermería u otros, que ayuda a la movilización de los pacientes están expuestos a un mayor riesgo de lesiones de espalda y musculo esqueléticas debido a las exigencias físicas del manejo de estos. Técnicas inapropiadas también pueden tener un impacto negativo en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención. Las tareas de movilización y manipulación se realizan en muchos tipos distintos de entornos clínicos. Por tanto, no existe una única solución específica que sea apropiada para todas las áreas en las que ocurran movilizaciones y manipulaciones de pacientes. Pueden ser ejemplos de intervenciones seguras de movilización el uso de cinturones de marcha, ayudas para la transferencia lateral, capacitación sobre la mecánica del cuerpo, la implantación de un equipo para transferencias, y similares. La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema cada vez más común en las organizaciones sanitarias. La escasez de personal, el carácter cada vez más agudo de los pacientes, y la idea equivocada de que en los establecimientos sanitarios no hay violencia o si ocurre, es parte del trabajo, son solo algunas de las barreras para reconocer que la violencia en el lugar de trabajo existe y por lo tanto es necesario desarrollar programas de prevención.

El entorno asistencial a menudo plantea desafíos emocionales que pueden resultar psíquica y físicamente estresantes. Los profesionales sanitarios son a menudo las segundas víctimas de los errores y eventos centinela. Cuando se pone en peligro a pacientes y familiares por errores clínicos, el stress laboral frecuentemente no se reconoce ni se aborda. Los establecimientos necesitan reconocer que la salud emocional y el desempeño de los profesionales sanitarios implicados en eventos adversos y centinela pueden tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes.

Debido a su contacto con pacientes y con material infeccioso, muchos profesionales sanitarios se encuentran en riesgo de exposición y transmisión de enfermedades prevenibles mediante vacunas, lo que se ha demostrado a través de la trazabilidad de brotes de enfermedades infecciosas en pacientes ingresados hacia profesionales sanitarios que no estaban vacunados.

Los establecimientos deben plantearse la reducción de los riesgos asociados a la transmisión de enfermedades infecciosas por profesionales sanitarios no

vacunados. Los profesionales sanitarios tienen la obligación ética y profesional de protegerse a sí mismos, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y familiares por lo que la vacunación es un deber para todos los profesionales sanitarios.

Las estrategias para reducir el riesgo de exposición de los pacientes a enfermedades infecciosas pueden incluir:

- a) Iniciativas para promover la vacunación de la influenza.
- b) Motivar al personal a cumplir con los esquemas de inmunización.
- c) Exigir al personal no vacunado que lleve mascarilla.
- d) Que el personal no vacunado proporcione asistencia a pacientes que son vulnerables a la infección (inmunocomprometidos, los ancianos y los bebés) en quienes se aumenta los riesgos.
- e) Tomar en cuenta el estado de salud del personal cuando se realizan las asignaciones de personal.

Elementos medibles de CEP 22.

1. El servicio proporciona un plan de calidad y seguridad del personal que responde a las necesidades urgentes y no urgentes.
2. El servicio proporciona evaluación, orientación y tratamiento de seguimiento al personal que esté lesionado como resultado de una situación de violencia en el lugar de trabajo y que son segundas víctimas de eventos adversos o centinela.
3. El servicio identifica infecciones epidemiológicamente significativas, así como al personal que está en alto riesgo de exposición y transmisión de infecciones.
4. El servicio implementará un plan de inmunización del personal.
5. El servicio evalúa los riesgos asociados al personal no vacunado e identifica estrategias para reducir el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas.
6. El plan de prevención y control de la infección realiza la evaluación, orientación y seguimiento del personal expuesto a enfermedades profesionales y accidentes laborales.

Designación del personal médico y paramédico.

Objetivo: Verificar los procesos que el servicio establece para la evaluación, monitoreo y registro del cumplimiento de las credenciales según la legislación vigente.

Estándar CEP 23. (Indispensable).

La titulación académica de los miembros del personal médico y paramédico, su autorización, colegiación y otras credenciales requeridas por la ley o normativa se verifican y se mantienen actualizadas.

Intención de CEP 23.

Las credenciales son documentos emitidos por una entidad reconocida para indicar el cumplimiento de los requisitos o la satisfacción de los criterios de elegibilidad, como un diploma de una facultad de medicina, un certificado, la carta de finalización de una capacitación en una especialidad (residencia), requisitos de una organización médica profesional, una autorización de habilitación o el reconocimiento de un registro en un colegio profesional médico u odontológico; algunos de los cuales son requeridos por la legislación o la normativa vigente, mientras que otros son exigidos por la política del establecimiento, deben ser verificados por la entidad original que los emitió.

Las credenciales también pueden ser documentos emitidos por personas o entidades que abordan algún aspecto del historial o competencia profesional del solicitante.

El requisito de verificación de la credencial varía de acuerdo con el puesto al que se postula el solicitante.

Elementos medibles de CEP 23.

El servicio tiene en los expedientes del personal el registro de las credenciales verificadas.

1. Las credenciales del personal cumplen con la legislación vigente.
2. Las credenciales van acorde al puesto del solicitante según el cargo y funciones.

Estándar CEP 24. (Necesario).

Hay un proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para las asignaciones iniciales de los miembros del personal médico y paramédico.

Intención de CEP 24.

El personal médico y paramédico tienen autorización para ejercer bajo supervisión en el ejercicio de los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación, paliativos u otros servicios médicos, o bien que prestan servicios de interpretación para los pacientes, tales como los servicios de patología, radiología o de laboratorio. Se incluyen todas las clasificaciones de asignación, todos los tipos y niveles de personal

(empleado, honorario, por contrato de servicios, visitante, y miembros del personal de la comunidad privada). El personal visitante incluye a los médicos suplentes, o a expertos invitados, docentes especializados y otros profesionales a los que se les permite brindar servicios de atención a los pacientes de forma temporal. El servicio debe definir aquellos otros profesionales sanitarios de acuerdo con los niveles de especialización según su proceso de formación, pero que están autorizados. El término personal médico incluye a todos los médicos y a otros profesionales autorizados a tratar pacientes, cualquiera sea su relación con el establecimiento.

El servicio identifica quién realizará la revisión de los profesionales de un determinado departamento o servicio.

Cuando un organismo externo investiga un evento centinela relacionado con un miembro del personal médico o paramédico y emite sanciones, esta información se debería usar de forma inmediata para reevaluar las funciones clínicas del personal médico y paramédico.

Para garantizar que los expedientes del personal médico y paramédico contengan información completa y exacta, se revisan según la políticas del servicio.

Las asignaciones del personal médico y paramédico dependerán del portafolio de servicio que brinda cada establecimiento.

Elementos medibles de CEP 24.

1. La titulación académica, la colegiación, licencia, registro y otras credenciales requeridas por la legislación o emitidas por entidades de formación profesional reconocidas se verifican a partir de la fuente primaria que emitió tales credenciales.
2. La designación de personal médico y paramédico se realiza de acuerdo con la política, la misión y los servicios incluidos en el portafolio que el servicio brinda para satisfacer las necesidades de los pacientes.
3. La designación no se realiza hasta que se haya, al menos, verificado la licencia, registro, colegiación a partir de la fuente primaria.
4. El nombre de los supervisores responsables, el método y la frecuencia de supervisión se registran en el plan de monitoreo del personal.

La asignación de las funciones clínicas del personal médico.

Objetivo: Determinar las actividades específicas del personal médico de acuerdo con las especializaciones habilitadas y certificadas por el ente regulador y lo ofertado en cada servicio según su portafolio de servicios.

Estándar CEP 25. (Indispensable).

El servicio tiene un procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico a ingresar, tratar y ofrecer otros servicios clínicos de apoyo a los pacientes congruentes con sus necesidades.

Intención de CEP 25.

En el servicio la competencia clínica actual del personal médico y la toma de decisión acerca en qué servicios o áreas estará autorizado a realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, lo determinará las competencias y certificaciones con que cuenta, lo que se reflejará en el grado de seguridad que brinde a los pacientes y el nivel de calidad de su ejercicio clínico.

Las consideraciones para la determinación de las autorizaciones clínicas incluyen lo siguiente:

- a) El nivel de formación que el profesional médico pueda demostrar con las respectivas credenciales.
- b) Las habilitaciones y certificaciones nacionales o internacionales con la evidencia documental respectiva.
- c) La decisión de cómo se asignarán los servicios o áreas clínicas de especialidad estará relacionada con las competencias, habilidades, certificaciones, habilitaciones, experticia e identificación de las áreas de alto riesgo, tales como la administración de medicamentos o procedimientos de alto riesgo.

Por último, algunos procedimientos pueden ser de alto riesgo por la instrumentación que utilizan, tal es el caso de la tecnología robótica y computarizada, o bien la tecnología operada en forma remota para cirugías o terapias. asimismo, los dispositivos médicos implantables requieren de ciertas destrezas para su implantación, calibración y monitorización, para lo cual se deben asignar personal médico especializados con sus respectivas habilitaciones y certificaciones.

Además, no se asigna un ejercicio específico si el servicio no tiene:

- a) La tecnología médica especializada.
- b) El personal especializado debidamente habilitado y certificado.
- c) El portafolio de servicios autorizado por el ente regulador.

Por ejemplo, a un nefrólogo con competencia para realizar diálisis, o a un cardiólogo con competencia para insertar stem, no se les asignará el ejercicio de estos procedimientos si el servicio no lo tiene autorizado en su portafolio de servicios.

El proceso de determinación del ejercicio especializado estará determinado por:

- a) Las políticas del establecimiento.
- b) Las credenciales de los miembros del personal médico.

Las autorizaciones de todos los miembros del personal médico se ponen a disposición mediante copia impresa, copia electrónica u otros medios para todas las personas y ubicaciones del servicio donde los médicos prestan servicios (por ejemplo, quirófano, servicio de urgencias).

Se provee al miembro del personal médico de una copia de sus autorizaciones para su ejercicio clínicos y deberá estar debidamente actualizada.

Elementos Medibles de CEP.25.

1. En las políticas y lineamientos del servicio tienen documentados las certificaciones o habilitaciones del personal que garantiza sus competencias para realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
2. Existe todos los insumos y equipos para que el personal certificado realice procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Las asignaciones de los servicios o áreas clínicas de especialidad estarán relacionadas con las competencias, habilidades, certificaciones, habilitaciones, experticia e identificación de las áreas de alto riesgo.

Evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico

Objetivo: Verificar el cumplimiento de metas y objetivos establecidos, así como los resultados de la atención diagnóstica y terapéutica brindada.

Estándar CEP.26. (Indispensable).

El servicio emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes.

Intención de CEP.26.

Las explicaciones de los términos y expectativas que se encuentran en estos estándares son las siguientes:

a) Monitorización y Evaluación continua.

La monitorización y evaluación continua forman parte del proceso de análisis de la información acerca de las conductas, los resultados del crecimiento y ejercicio profesional de los miembros del personal médico.

El jefe del departamento o servicio es responsable de integrar la información acerca de los profesionales médicos y de tomar las medidas adecuadas. Las medidas inmediatas pueden ser: Orientar al miembro del personal, ponerlo bajo supervisión, limitar el ejercicio para disminuir los riesgos, mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes. Las acciones inmediatas es brindar las recomendaciones pertinentes al personal médico con el objetivo de la mejora continua y disminución del error humano.

Pueden reproducirse continuamente incidentes de calidad y seguridad del paciente de importancia crítica, si cuestiones relativas al desempeño clínico de un miembro del personal médico no se resuelven cuando surgen, ya que se pretende mejorar la práctica individual proporcionando las bases para reducir la variación dentro de un departamento o servicio.

La evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico abarcan tres áreas generales: conductas, crecimiento profesional y resultados clínicos.

b) Conductas.

Los miembros del personal médico son modelos y mentores para la creación de una cultura de seguridad en el establecimiento. Una cultura de seguridad se caracteriza por la participación plena de todo el personal, sin temor a sufrir marginación o represalias. Las culturas de seguridad también incluyen un elevado respeto entre grupos profesionales en los que no se producen conductas ofensivas. Los comentarios del personal a través de encuestas y otros mecanismos pueden dar

forma a las conductas deseadas y ser el soporte para los modelos de profesionales médicos.

Una evaluación de conducta puede incluir el desempeño del personal médico en el cumplimiento del código de conducta del servicio que incluya la identificación de conductas aceptables e inaceptables.

El proceso continuo de monitorización y evaluación debe indicar, como parte del proceso de revisión, los desafíos y logros relevantes del miembro del personal médico en cuanto a sus esfuerzos para participar de manera plena en una cultura segura y justa.

c) Crecimiento profesional.

Los profesionales médicos crecen y maduran a medida que los establecimientos en los que ejercen evolucionan, al introducir grupos nuevos de pacientes, tecnologías y ciencia médica. Cada miembro del personal médico, en distinta medida, reflejará su crecimiento y mejora en las siguientes dimensiones importantes de la asistencia y la práctica profesional:

- La atención compasiva, adecuada y efectiva para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su tratamiento, y el cuidado al final de la vida.
- El conocimiento médico que incluye: Ciencias biomédicas, epidemiológicas y socio-conductuales establecidas y en desarrollo.
- La medicina basada en evidencia.
- El aprendizaje autodidacta y la autoevaluación continua.
- La adquisición de nuevas habilidades.
- El cumplimiento de los requisitos de la especialidad profesional y las actualizaciones permanente.

Las habilidades interpersonales y de comunicación, que incluyen la creación y el sostenimiento de un intercambio efectivo de información y colaboración con los pacientes, sus familias, y otros miembros de los equipos asistenciales. (Ejemplos de posibles medidas serían la participación en rondas de docencia, grupos de consulta, liderazgo de equipos, y comentarios de pacientes y familiares).

El profesionalismo, que incluye el compromiso con el desarrollo continuo, la práctica ética, la comprensión y sensibilidad frente a la diversidad, y una actitud responsable hacia los pacientes, su profesión y la sociedad.

El proceso continuo de monitorización y evaluación debe reconocer, como parte del proceso de revisión, las áreas relevantes de logros y mejora potencial de los miembros del personal médico en estas áreas de crecimiento profesional.

d) Resultados clínicos.

El proceso continuo de monitorización y evaluación de un miembro del personal médico revisa la información común de todo el personal, así como también la información específica relacionada con el ejercicio clínico del profesional y los servicios proporcionados por su especialidad.

Los establecimientos recopilan una variedad de datos para usarlos en la gestión del capital humano referente a los profesionales médicos de forma individual para poder ser utilizados como parámetro de su desempeño. Ejemplos de dichas posibles fuentes de datos incluyen la estancia media, la frecuencia de indicación de pruebas diagnósticas, indicaciones de hemoderivados, la utilización no racional de ciertos medicamentos, frecuencia de procedimientos clínicos realizados, con complicaciones, interconsultas médicas, entre otros.

Por lo tanto, no hay un solo grupo de datos que resulte suficiente para monitorizar y evaluar a todos los miembros del personal médico. La elección de los datos, la frecuencia de la monitorización y del análisis, y el uso real de los datos y la documentación en el expediente del miembro del personal médico son muy específicos del departamento/servicio, la profesión relevante y los privilegios del profesional médico. La monitorización y evaluación de los miembros del personal médico está respaldada por una variedad de fuentes de información, que incluye registros electrónicos y en papel, observaciones e interacciones con pares.

Un paso final importante es plantearse esta pregunta: “¿Cómo le va a este profesional sanitario comparado con otros colegas dentro de su departamento y en comparación con colegas profesionales en otros establecimientos, regiones o países?”. La comparación interna se realiza fundamentalmente para reducir la variación en la práctica y los resultados dentro del departamento y para aprender de las mejores prácticas dentro del departamento. La comparación externa se realiza para garantizar que el servicio consiga las mejores prácticas dentro de cada profesión. Cada departamento tendrá conocimiento de aquellas bases de datos profesionales, guías de práctica clínica, y fuentes de literatura científica que describen aquellas prácticas de referencia convenientes. Por ejemplo, los registros

de oncología pueden ser útiles, o los datos procedentes de profesionales sanitarios que trabajen en la misma área científica (guías de práctica clínica). De la misma manera, una asociación quirúrgica nacional o internacional puede reunir datos acerca de resultados o complicaciones.

En resumen, el proceso continuo de monitorización y evaluación de los miembros del personal médico está estandarizado por tipo de miembro del personal médico por departamento o unidad de servicios clínicos; emplea los datos de monitorización e información para comparaciones internas, para reducir la variación en las conductas, crecimiento profesional y resultados clínicos; emplea los datos de monitorización e información para comparaciones externas con las mejores prácticas disponibles, objetivas y basadas en la evidencia o fuentes de referencia de datos de resultados clínicos e información; es realizada por el jefe de departamento o servicio del individuo, director médico, o por un cuerpo de revisión del personal médico; incluye la monitorización y evaluación del personal médico de alto nivel y de los jefes de departamento por medio de un profesional adecuado; y proporciona información que se registrará en el expediente del miembro del personal médico y que incluye los resultados de las revisiones, las acciones que se realizaron y el impacto de esas acciones en los privilegios (si corresponde).

Por último, dado que el proceso de monitorización y evaluación de los miembros del personal médico pretende ser continuo, y dado que la información y los datos pueden acumularse de forma continua, la política del servicio requiere que se realice una revisión al menos una vez al año. La revisión es realizada por el jefe de departamento o servicio, un director médico, o un cuerpo de revisión del personal médico. Los hallazgos, conclusiones y las acciones realizadas o recomendadas se registran en el expediente del miembro del personal médico. Cuando los hallazgos afectan la designación o los privilegios del miembro del personal médico, existe un procedimiento para actuar en relación con los hallazgos. Dichas actuaciones inmediatas “por motivo justificado” se registran en el expediente del profesional sanitario y se reflejan en la lista de privilegios clínicos. Se envía una notificación a los ámbitos en los que el profesional presta servicios.

Elementos medibles de CEP.26.

1. Todos los miembros del personal médico están incluidos en un proceso continuo de monitorización y evaluación de la práctica profesional, tal como lo define la política del servicio y que está estandarizado a nivel de departamento/servicio.
2. El proceso de monitorización y evaluación identifica áreas de logro y mejora potencial relacionadas con las conductas, el crecimiento profesional y los resultados clínicos del miembro del personal médico comparado con los otros miembros del personal médico del departamento/servicio.
3. Los resultados clínicos de datos e información disponibles acerca de los miembros del personal médico se revisan usando información objetiva y basada en la evidencia.
4. Los datos e información de la monitorización son revisados al menos cada 12 meses por el jefe de servicio o del departamento de la persona, o el director clínico, o el cuerpo de revisión del personal médico.
5. Cuando los hallazgos afectan la designación o los privilegios del miembro del personal médico, existe un procedimiento para actuar en relación con tales hallazgos, y dichas actuaciones “por motivo justificado” se registran en el expediente del profesional sanitario y se reflejan en la lista de privilegios clínicos. Se envía una notificación a los ámbitos en los que el profesional presta servicios.

Estándar CEP.27. (Necesario).

Al menos cada tres años, el servicio determina, a partir de la monitorización y evaluación continuas de cada miembro del personal médico, si su designación y funciones clínicos deben mantenerse con o sin modificaciones.

Intención de CEP.27.

Reasignar el proceso de revisar, al menos cada año, el expediente del miembro del personal sanitario para verificar si su licencia para ejercer continua.

El expediente contiene suficiente documentación para otorgarle funciones o tareas nuevas o ampliadas en el establecimiento; y que el miembro del personal médico es física y mentalmente capaz de proporcionar atención y tratamiento a los pacientes, sin supervisión.

La información que se reúne para esta revisión proviene de la evaluación y monitorización interna continua del miembro del personal médico, así como

también de fuentes externas, como organizaciones regulatorias o profesionales o agencias. La política del servicio identifica a la persona, como, por ejemplo, el líder de un servicio de especialidad, o al mecanismo, como una oficina de personal médico cuando el líder de departamento/servicio no se encuentra presente o no es responsable de esta revisión, e identifica además todos los criterios empleados para tomar decisiones y la forma en que tales decisiones serán registradas. El expediente de credencial de un miembro del personal médico debe ser una fuente de información dinámica y debe estar en constante revisión. Por ejemplo, cuando un miembro del personal médico presenta un título de grado avanzado que ha obtenido o un título de especialidad, se deben verificar de inmediato las nuevas credenciales con la fuente emisora. De manera similar, cuando un organismo externo investiga un evento centinela relacionado con un miembro del personal médico y emite sanciones, esta información se debe usar en forma inmediata para reevaluar los privilegios clínicos del miembro del personal médico. Para garantizar que los expedientes del personal médico contengan información completa y exacta, cada tres años se revisan los expedientes y se incluye una nota en ellos que indica las medidas que se tomaron o el hecho de que ninguna medida fue necesaria, y continúa la designación de la persona como miembro del personal médico.

Las consideraciones para la determinación de privilegios clínicos en la reasignación incluyen lo siguiente:

A los miembros del personal médico se les pueden asignar privilegios adicionales en función de una formación y capacitación avanzadas. La formación y capacitación se verifican a partir de la fuente que proporciona tal formación o capacitación o que emite la credencial. El ejercicio pleno de los privilegios que se hayan agregado se puede demorar hasta que el proceso de verificación se haya completado o cuando hay un período requerido de práctica supervisada previo a la asignación del privilegio nuevo para su ejercicio sin restricciones; por ejemplo, un número requerido de casos supervisados de cirugía robótica.

Los privilegios del personal médico pueden continuar, limitarse, reducirse, o terminarse en función de o los resultados del proceso continuo de revisión de las prácticas profesionales o las limitaciones aplicadas a los privilegios de la persona por un profesional externo, organismo o gubernamental o agencia regulatoria; o los

hallazgos del servicio de una evaluación de un evento centinela o de otro evento; o la salud del profesional sanitario; o la solicitud del profesional sanitario.

Elementos medibles de CEP.27.

1. En función de la evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico, el servicio determina, al menos cada tres años, si la membresía y los privilegios clínicos continuarán con o sin modificaciones.
2. Hay evidencia en el expediente de cada miembro del personal médico de que están al día todas las credenciales que requieren renovación periódica, el pago de una matrícula, o cualquier otra acción por parte del miembro del personal médico.
3. Las credenciales obtenidas después de la asignación inicial se evidencian en el expediente del miembro del personal médico y se han verificado a partir de la fuente primaria antes de emplearse para modificar o agregar privilegios clínicos.
4. La decisión de renovación se registra en el expediente de credenciales del miembro del personal médico e incluye la identificación del revisor y cualquier condición especial identificada durante la revisión.

Otros profesionales sanitarios.

Objetivo: Esta descrita la funciones, asignaciones y reasignaciones de todo el personal sanitario del establecimiento.

Estándar CEP.28 (Indispensable).

El servicio cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización, colegiación, titulación, capacitación y experiencia).

Intención de CEP.28.

Los establecimientos emplean o pueden autorizar a diversos profesionales sanitarios para prestar atención y servicios a sus pacientes o para participar en procesos de la atención de estos. Por ejemplo, estos profesionales incluyen: Higienista dental, dependientes de farmacias, asistentes de cirugía y otros.

El servicio debe garantizar que los otros profesionales sanitarios estén cualificados para proporcionar atención segura y efectiva y tratamientos, especificando los tipos de servicios que se les permite proporcionar de acuerdo con las leyes o normativas vigentes.

Por lo tanto, el servicio deberá verificar:

- a) La comprensión de la legislación y normativa aplicables a dichos profesionales sanitarios.
- b) El registro de todas las credenciales disponibles para cada profesional, incluyendo al menos comprobantes de formación y capacitación.
- c) Verificación de la información esencial, como, el registro, licencia o certificación vigente.

El servicio necesita hacer todos los esfuerzos necesarios para verificar la información esencial relativa a las responsabilidades previstas para el profesional, incluso cuando la formación tuvo lugar en otro país y esté vigente. Se puede recurrir a sitios web seguros, confirmación telefónica registrada de la fuente, confirmación por escrito y a terceros, tales como una entidad oficial gubernamental o no gubernamental designada a tal efecto.

El servicio recoge y mantiene un expediente de las credenciales de cada profesional sanitario. Los expedientes contienen licencias o registros vigentes cuando las normativas requieren su renovación periódica.

Elementos medibles de CEP.28.

1. El servicio tiene un procedimiento estandarizado para reunir y documentar la formación, certificaciones y experiencia de cada miembro del personal sanitario.
2. Se verifican la formación, capacitación y certificaciones a partir de la fuente original.
3. Se conserva un registro de las copias de licencia, certificación o registro requerido de los profesionales sanitarios.
4. El servicio tiene un proceso para garantizar que todo el personal sanitario que trabaje en el sector privado proporcionando servicios a pacientes, cuentan con las credenciales válidas.

Estándar CEP.29 (Indispensable).

El servicio tiene un proceso uniforme para identificar las responsabilidades, asignaciones y cargo de acuerdo a las credenciales de los otros profesionales sanitarios.

Intención de CEP.29.

El servicio es responsable de identificar los tipos de funciones, actividades o cargos que estas personas proporcionarán en el establecimiento, verificando su cumplimiento a través de la supervisión (coherente con las leyes y normativas existentes), para estos profesionales. Los otros profesionales sanitarios participan en el programa de gestión y mejora de la calidad del establecimiento.

Elementos medibles de CEP.29.

1. Se recurre a la licencia, formación, capacitación y experiencia de los otros profesionales sanitarios para realizar las asignaciones de trabajo clínico.
2. El proceso de asignación de cargos está acorde a las leyes y normativas pertinentes.
3. El proceso apoya el proceso de dotación de personal para otros profesionales sanitarios.
4. Los otros profesionales sanitarios participan en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.
5. El desempeño de los otros profesionales sanitarios se revisa cuando esto está indicado por los hallazgos de las actividades de mejora de la calidad.
6. La información pertinente del proceso de revisión se registra en el expediente del profesional sanitario.

CAPITULO VI

MANEJO DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (MIC).

Objetivo: Preservar la integridad, disponibilidad, confiabilidad de la información.

Estándar MIC.1 (Necesario).

El servicio que presta servicios de salud planifica y diseña procesos de gestión de la información para satisfacer la necesidad de información interna y externa.

Intención de MIC.1.

La información se genera y se usa durante la atención al usuario para gestionar un servicio de salud seguro y efectivo. La habilidad de captar y proporcionar información requiere planificación efectiva. La planificación incorpora aportes de una variedad de fuentes, entre las que se incluyen las siguientes:

- a) Los profesionales de la salud que brindan atención médica.

- b) La dirección del servicio y los jefes de departamento servicio.
- c) Los agentes externos al servicio que necesitan o requieren datos o información acerca del funcionamiento de este y de los relativos a los servicios de salud que se prestan.

La planificación del sistema de información está debidamente documentada e incluye: Servicios proporcionados, recursos, el acceso a tecnología, capacitación del personal y el apoyo para la comunicación efectiva entre quienes están a cargo de la atención de los usuarios. Las estrategias de comunicación cumplen con las necesidades del servicio en relación con el tamaño, la complejidad de los servicios, la disponibilidad de personal capacitado, tecnología e infraestructura. Los procesos de información son integrales e incluyen a todos los departamentos y servicios.

Elementos medibles de MIC.1.

1. Las necesidades de información de quienes prestan directamente los servicios de salud se tienen en cuenta en los procesos de planificación del establecimiento.
2. La planificación se basa en el tamaño y la complejidad del servicio y los servicios de salud prestados.

Estándar MIC.2 (Necesario).

El servicio que presta servicios de salud ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de salud.

Intención de MIC.2.

El servicio ha definido cuál es su área geográfica de influencia y los grupos comunitarios, incluyendo grupos étnicos y los grupos de población que reciben sus servicios, asimismo, los líderes conocen cuáles son las características de la población que atiende, por ejemplo, los datos demográficos relevantes como la edad, nivel socioeconómico, escolaridad, creencias y valores culturales, características epidemiológicas, como enfermedades infecciosas, crónico degenerativas, entre otros.

El servicio diseña sus servicios de acuerdo con la población a quien dirige su atención y planifica una comunicación permanente con su población. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, a través de organizaciones dentro de la comunidad o a través de terceros.

Los Tipos de información incluye:

- a) Información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención.
- b) Información sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían usuarios cuando fuere el caso.
(Salvador, Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2019).
- c) El servicio ha identificado su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.
- d) El servicio cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.
- e) El servicio implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.
- f) El servicio proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
- g) El servicio proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.

Elementos Medibles de MIC.2.

1. El servicio ha identificado su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.
2. El servicio cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.
3. El servicio implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.
4. El servicio proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención, portafolio de servicios y el proceso para obtener la atención.
5. El servicio proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.
6. El servicio ha logrado innovar los medios de comunicación de la información implementando la tecnología.

Estándar MIC.3 (Indispensable).

Se mantiene la privacidad de la información, la confidencialidad, y la seguridad, incluyendo la integridad de los datos.

Intención de MIC.3.

El servicio prestador de servicios de salud mantiene la privacidad y la confidencialidad de datos especialmente de la preservación de los datos sensibles. Se intenta lograr un equilibrio entre la preservación de la confidencialidad y la necesidad de compartir información según las leyes de acceso a la información vigentes, en donde se determinan el nivel de privacidad y confidencialidad que se mantiene para diferentes categorías de información; ya que conservar la integridad de los datos es un aspecto importante de la gestión de la información.

Las políticas y procedimientos del servicio abordan los procedimientos de seguridad que permiten solo a personal autorizado el acceso a los datos y a la información. El acceso a diferentes categorías de información se basa en la necesidad y se define por función y cargo, lo que incluye a estudiantes en entornos académicos.

Un proceso eficaz define:

- a) Quién tiene acceso a los datos y a la información.
- b) La información a la que la persona tiene acceso.
- c) La obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información.
- d) El proceso de mantener la integridad de los datos.
- e) Documento de confidencialidad firmado por el personal.
- f) El proceso para seguir cuando se violan la confidencialidad, la seguridad o la integridad de los datos.

Elementos medibles de MIC.3.

1. El servicio tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información.
2. El proceso está basado en leyes y regulaciones y es coherente con ellas.
3. El proceso identifica el nivel de confidencialidad que se mantiene para categorías diferentes de datos e información.
4. Se identifica a las personas que necesitan o tienen un puesto que les permite acceder a cada categoría de datos e información.
5. Se monitoriza el cumplimiento del proceso.

Estándar MIC.4 (Conveniente).

La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.

Intención de MIC.4.

La comunicación efectiva dentro de un servicio prestador de servicios de salud; es un tema que involucra a la dirección. Por consiguiente, las autoridades del servicio comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y el paciente; entre profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas. Las autoridades del servicio no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información.

(Salvador, Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, 2016).

Elementos Medibles de MIC.4.

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todas las áreas y servicios.
2. Existe una comunicación efectiva.
3. Existe una comunicación efectiva bidireccional con otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican todos los componentes del sistema gerencial de calidad que incluye la misión, la visión, las políticas, planes, metas y objetivos a todo el personal.

Estándar MIC.5 (Conveniente).

El Servicios prestador de servicios de salud determina el tiempo de resguardo de la información.

Intención de MIC.5.

El servicio determina el tiempo de resguardo de la información de los usuarios con el objetivo de respaldar la atención, que incluye: Historias clínicas, documentación legal, documentos de investigación y otra información, de acuerdo a los períodos que indican las leyes y regulaciones vigentes.

Cuando finaliza el período de resguardo, las historias clínicas y otra información se destruyen a través de un proceso establecido, dejando registros en actas notariales de tal manera que no comprometan la confidencialidad ni la seguridad de esta.

Elementos medibles de MIC.5.

1. El servicio determina el tiempo de resguardo de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes, según las leyes vigentes.
2. El proceso de resguardo brinda la confidencialidad y seguridad esperadas.
3. Existe un proceso para la destrucción de la información de modo tal que no comprometan la confidencialidad y la seguridad de esta.

Estándar MIC.6 (Necesario).

El servicio prestador de atención de salud usa códigos de diagnóstico estandarizados y códigos de procedimientos de acuerdo con las normas internacionales ya establecidas: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE-9).

Intención de MIC.6.

La terminología estandarizada, las definiciones, el vocabulario y las nomenclaturas facilitan la comparación de datos e información en la prestación del servicio de salud, además, la estandarización evita fallas en la comunicación y errores potenciales. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y procedimiento respalda la recolección y el análisis de datos. Las abreviaciones pueden ser problemáticas e inclusive, en oportunidades peligrosas, particularmente en el contexto de la prescripción de medicamentos. Además, cuando una abreviación se emplea para términos de salud múltiples, se pueden plantear confusiones respecto de lo que quiso decir en realidad el autor y esto puede llevar a errores en la atención de salud. (Salvador, Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2019).

Elementos medibles de MIC.6.

1. Se usan códigos de diagnóstico estandarizado y se controla su uso.
2. Los códigos de procedimiento estandarizado se usan y se controla su uso.
3. Se usan definiciones estandarizadas.
4. Se usan símbolos estandarizados, y los que no deben ser usados están identificados y se controlan.
5. Se usan abreviaciones estandarizadas, y las que no deben ser usadas están identificadas y se controlan.

Estándar MIC.7 (Conveniente).

El expediente clínico de los usuarios del servicio de salud está a disposición del personal de salud que participa directamente de la atención, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.

Intención de MIC.7.

El expediente clínico es una fuente primaria de información en el proceso de atención y evolución de los usuarios del servicio de salud, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas sobre la atención deben estar a disposición de todo el equipo de salud que participa de la atención. Las políticas y lineamientos del servicio identifican a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

Elementos Medibles de MIC.7.

1. Las políticas y lineamientos determinan quienes tienen acceso al expediente clínico del usuario.
2. El expediente está a disposición del personal de salud.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

Estándar MIC.8 (Necesario).

El sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente tiene como prioridad la identificación y el análisis de los eventos centinela.

Intención de MIC.8.

Cada organización establece una definición operativa de evento centinela, esta descripción debe incluir, al menos, lo siguiente:

- a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

- d) Muerte materno fetal.
- e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplante de órganos o tejidos.
- f) Suicidio.
- g) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.

El análisis, debe iniciar tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 30 días posteriores de la fecha del evento o la notificación de este.

El desarrollo del análisis causa raíz debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Enfoque multidisciplinario con personal involucrado en el evento centinela a analizar.
- b) Participación de los líderes de la organización para la toma de decisiones.
- c) Como resultado del análisis causa-raíz la organización debe implementar acciones preventivas para reducir la probabilidad de que por la misma causa vuelva a ocurrir un evento centinela.

Es importante notar que el término “evento centinela” no siempre hace referencia un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

Elementos Medibles de MIC.8.

1. Se ha establecido una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos, los siguientes puntos:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materno fetal.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemo componentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.

2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.

3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 30 días de la fecha del evento o la notificación de este.

4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.

Estándar MIC.9 (Necesario).

Se notifican y analizan los eventos adversos.

Intención de MIC. 9.

Como parte del Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la organización establece su propia descripción de evento adverso con la finalidad de facilitar su identificación por el personal operativo involucrado en los procesos.

La organización ha definido un proceso para su análisis individual, así como para la toma de decisiones e implementación de acciones correctivas inmediatas.

La organización realiza un análisis de patrones y tendencias de todos los eventos adversos reportados en un periodo de tiempo, este análisis debe llevarse a cabo, al menos, dos veces por año. El resultado del análisis de patrones y tendencias ayuda a la organización a tomar decisiones y a enfocar la implementación de acciones de mejora.

Así mismo, para, al menos, los siguientes eventos, se realiza un análisis de patrones y tendencias y, además, para descartar o confirmar que el evento se haya debido a una falla en la atención, si corresponde se implementan mejoras:

- a) Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.
- b) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- c) Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.
- d) Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.
- e) Todas las reacciones adversas a medicamentos.

Elementos Medibles de MIC.9.

1. Se ha establecido una definición operativa de evento adverso.
2. Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

5. Se analizan los siguientes eventos y si corresponde se implementan mejoras.
6. Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.
7. Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
8. Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.
9. Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.
10. Todas las reacciones adversas a medicamentos.

Estándar MIC.10 (Indispensable).

Se incluye en el sistema de notificación y análisis las cuasi fallas.

Intención de MIC.10.

Con el objetivo de aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema para la ocurrencia de eventos adversos, se analizan las cuasifallas a partir del desarrollo de la definición operativa, con la finalidad de facilitar su identificación por el personal operativo involucrado en los procesos.

Se implementa un mecanismo para la identificación, notificación y análisis de las cuasifallas, y finalmente existe un proceso para agrupar, categorizar y analizar (análisis de patrones y tendencias) para establecer:

- Cambios proactivos y proceso de retroalimentación para reducir o eliminar los errores.
- Tomar decisiones para la mejora continua.
- El análisis de patrones y tendencias se realiza, al menos, dos veces por año.

Elementos Medibles de MIC.10.

1. Se ha establecido una definición operativa de cuasifalla.
2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Accreditation Standers for Hospitals Including Standers for Academic Medical Center Hospitals. Joint Commission International (JCI) 5th Edition, 2014, EE.UU.
- Accreditation Standers for Primary Care. Joint Commission International (JCI) 2nd Edition, 2018, EE.UU.
- Código de Salud. Diario Oficial No 86 del año 1988, Tomo 299, Decreto No 955.
- Estándares de Trabajo en Banco de Sangre. Ministerio de Salud, 2007.
- Guía Clínica para la Atención en Cirugía Bucal y Maxilofacial. Ministerio de Salud, 2016.
- Guía Clínica para la Atención Integral de las Personas con VIH. Ministerio de Salud. 2020.
- Guía Clínica para la Atención Odontológica de la Niñez con Enfermedades Sistémicas y Congénitas. Ministerio De Salud, 2016.
- Guía de Verificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento para Droguerías. Dirección Nacional de Medicamentos, Buenas Prácticas de Almacenamiento y Transporte, 2021.
- Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción. Ministerio de Salud, 2009.
- Guía Técnica para el Manejo de las Películas Radiográficas en los Servicios de Radiología. Ministerio de Salud. 2007
- Guías Clínicas de Ortopedia. Ministerio de Salud, 2012.
- Guías de Buenas Prácticas Clínicas para la Atención de Pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Enfermedad Renal Crónica. Ministerio De Salud, 2015.
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud. Diario Oficial No 64 del año 2016, Tomo 411, Decreto 307.
- Ley de Medicamentos. Diario Oficial No 43 del año 2012, Tomo 394, Decreto No 1008
- Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario Oficial No 89 del año 2019, Tomo 423, Decreto 302.

- Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Diario Oficial No 82 del año 2010, Tomo 387, Decreto 254.
- Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial No 143 del año 2011, Tomo 392, Decreto 771.
- Lineamientos para la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria por COVID-19, en la Red de Servicios del ISSS. 2020.
- Lineamientos Técnicos de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia. Ministerio de Salud, 2012.
- Lineamientos Técnicos de Atención Integral en Salud de Las Personas Afectadas por Violencia. Ministerio de salud, 2019.
- Lineamientos Técnicos de Salud Bucal del Sistema Nacional de Salud. Ministerio De Salud, 2017.
- Lineamientos Técnicos para Actividades de Farmacovigilancia. Ministerio de Salud, 2017.
- Lineamientos Técnicos para la Atención de Dolor Crónico y Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud, 2014.
- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios de SSR para atención de emergencias y desastres. Acuerdo Ministerial No 517 del año 2021.
- Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Niñas y Niños Menores de 10 Años. Ministerio De Salud, 2019.
- Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Redes Integradas e Integrales de Salud. Ministerio de salud, 2018.
- Lineamientos Técnicos para la Destrucción de Suministros Médicos Vencidos, Averiados y No Deseados. Ministerio de Salud, Acuerdo Ministerial No 756, 2002.
- Lineamientos Técnicos para la Evaluación del Estado Nutricional en el Ciclo de Vida y Desarrollo en la Niñez y Adolescencia. Ministerio de Salud, 2013.
- Lineamientos Técnicos para la Prescripción de Dietas en Hospitales de las Redes Integradas e Integrales de Salud. Ministerio de Salud, 2014.

- Lineamientos Técnicos para la Prevención y Atención Integral de Personas con Cánceres Priorizados. Ministerio de Salud 2017.
- Lineamientos Técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la Redes Integradas e Integrales de Salud. Ministerio de Salud, Acuerdo Ministerial No 22, 2019.
- Lineamientos Técnicos para la Referencia, Retorno e Interconsulta en las Redes Integrales e Integradas de Salud. Acuerdo Ministerial No 22 del año 2019.
- Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. Ministerio de Salud, 2015.
- Manual de Estándares e Indicadores para Evaluar Calidad de Atención en Enfermería. Ministerio de Salud, 2003.
- Manual de normas y procedimientos. Servicios de alimentación y dietas en Establecimientos de Atención. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, versión 2.0, 2015.
- Manual de Organización y Funciones Específico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud, 2016.
- Manual de Organización y Funciones Especifico del Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital de Niños Benjamín Bloom. Acuerdo No 393, 2015.
- Manual de Procedimientos de Trasplante Renal. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2017.
- Manual de Procesos “Realizar Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicos”. Institute Salvadoreño del Seguro Social, Versión 4.0, 2020.
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria. Ministerio de Salud, Acuerdo No 698, 2014.
- Manual para Enfermería: Lineamientos Técnicos en la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Ministerio de Salud, 2006.
- Manual Técnico de Odontología. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2017.
- Medidas preventivas generales para garantizar la separación entre trabajadores/as frente a COVID-19. Instituto Salvadoreño de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Economía Social, Gobierno de España, 2020.

- Norma de Manejo Perioperatorio en Anestesiología del ISSS. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2018.
- Norma de Organización y Funcionamiento de la Comisión Institucional para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2018.
- Norma de Radiología Diagnóstica e Intervencionista. Acuerdo Ejecutivo 1449, Diario Oficial No 166 año 2018, Tomo 420.
- Norma General de Funcionamiento de los Departamentos y Servicios de Radiología e Imágenes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2020
- Norma para el Expediente Clínico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Tercera Edición 2021.
- Norma Para el Funcionamiento de la Cirugía Ambulatoria en el ISSS. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2018.
- Norma para el Funcionamiento de la Clínica de Atención Inmediata de Oncología (CAI). Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2017.
- Norma Referencia, Retorno e Interconsulta del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Tercera Edición 2020.
- Norma Técnica Administrativa de Servicios de Medicina Especializada, Medicina Sub especializada, Odontología y Cirugía Maxilofacial para Atención de los Usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. 2014.
- Norma Técnica de Atención Integral en Salud a la Persona Adulta Mayor. Diario Oficial No 34 del año 2020, Tomo 426.
- Norma Técnica para el Manejo de Desechos Bioinfecciosos. Diario Oficial No 82 del año 2008, Tomo 379, Decreto 358.
- Norma Técnica para la Conformación, Custodia y Consulta de Expediente Clínico. Diario Oficial No 179 del año 2019, Tomo 424, Acuerdo No 941.
- Norma Técnica Sobre Anestesiología. Diario Oficial No 152 año 2018, Tomo 420, Acuerdo No 1301, 2018.
- Norma Técnica sobre Anestesiología. Ministerio de Salud, Diario Oficial No 152 año 2018, Tomo 420.

- Norma Técnica sobre Criterios de Aceptación de Pruebas de Control de Calidad a Equipos de Rayos X para Diagnóstico Médico, Dental Extraoral y Veterinario. Acuerdo Ejecutivo No 1206, Diario Oficial No 143, Tomo 428.
- Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud, 2012.
- Procedimiento de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales Frente a la Exposición al Sars-Cov-2. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2021.
- Procedimientos de Radiología de Imágenes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2019.
- Recomendaciones Sobre la Higiene de Manos y Uso Correcto de Guantes en los Establecimientos Sanitarios. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2005. España.
- Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica. Ministerio de Salud, Decreto Ejecutivo No 41. 2002.
- Reglamento General de la Ley de Medicamentos. Diario Oficial No 239 del año 2012, Tomo 397, Decreto 245.
- Reglamento Sanitario Edificaciones. Ministerio de Salud, Acuerdo No 744, Diario Oficial No 99 año 2019, Tomo 423, 2019.
- Reglamento Técnico Salvadoreño RTS 11.01.01:13 Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico Especificaciones. Diario Oficial No 101, Tomo 403 año 2014.
- Reglamento Técnico Salvadoreño RTS 11.02.02:16 Productos Farmacéuticos, Medicamentos para Uso Humano, Farmacovigilancia. Diario Oficial No 192 año 2016, Tomo 413, Acuerdo No 1529. 2016.
- Servicio de Emergencias Médicas Prehospitalarias (SEM) COVID-19 Recomendaciones. Organización Panamericana de la Salud, Documento Provisional, versión 4.4, 2020
- Estándares para la Certificación de clínicas de atención Primaria y Consulta de Especialidades Centenario del consejo de salubridad general 1917 – 2017
- Estándares del Modelo en Hospitales SINaCEAN Edición 2018.