

# **Manual de Categorización y Acreditación**

**de la  
Superintendencia  
de Salud**

**Asunción-Paraguay**

**Año 2009**





## **AUTORIDADES**

**Dra. Esperanza Martínez**

Ministra

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Prof. Dr. Luis Ayala Valdés**

Superintendente de Salud

**Dr. Rubén Figueroa**

Representante de la OPS/OMS en el Paraguay

***Año 2009***

## Equipo de trabajo

### Revisión y actualización:

#### Equipos de profesionales de la Dirección de Servicios de Salud

- Dra. María del Rocío Garcete Micheletto, *Directora de la Dirección de Servicios de Salud*
- Dr. José Marín Massolo, *Coordinador de Categorización y Acreditación*
- Arq. Teresa de Jesús Fleitas, *Asesora en Estructura Física*
- Dra. Marta Ayala, *Auditora Médica*
- Dr. Miguel Ángel Valdez, *Auditor Médico*
- Dr. Carlos Benítez, *Auditor Médico*
- Dr. Edgar Coronel, *Auditor Médico*

#### Asesoría Legal

- Dr. Miguel Ángel Rotela

#### Apoyo de Técnico de Secretaría

- Sr. Daniel Cuevas
- Srta. Sandra Morínigo
- Srta. Claudia Mora

#### Revisión y supervisión de las modificaciones

- Dr. Pedro Guanes Serrano, *Superintendente de Salud*
- Dr. Javier Uribe, *Consultor de la OPS*

#### Consultas Técnicas Realizadas

- Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud  
*Dr. Leopoldo Servián*
- Dirección de Salud Mental  
*Dra. Mirtha Mendoza*

- Departamento de Protección Radiológica y Seguridad Nuclear  
*Arq. Mirtha Gamarra de Troche*
- Programa Nacional de Sangre  
*Dra. Ofelia Lemir de Zelada*
- Laboratorio Central MSPyBS  
*Gloria Rojas*
- Instituto Nacional de Nefrología  
*Dr. Silvio Franco*
- Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA)  
*Lic. Carlos Cañete*
- Sociedad Paraguaya de Pediatría  
*Dr. Antonio Arbo*
- Sociedad Paraguaya de Radiología  
*Dr. Amilcar Esgaib*  
*Dr. Oscar Cudas Thompson*
- Sociedad Paraguaya de Psiquiatría  
*Dr. Manuel Fresco*
- Sociedad Paraguaya de UTI Pediátrica y Neonatal  
*Dra. Mirtha Mezquita*
- Cámara de Medicina Extra Hospitalaria  
*Dr. Jorge Reviglione*
- Laboratorios de Patología  
*Dr. Antonio Cubilla*  
*Dr. José Bellasai*  
*Dr. Rubén Ávila*  
*Dr. Fernando Llamosas*  
*Dr. Pedro Rolón*  
*Dr. Carmelo Caballero*  
*Dr. Hugo Boggino*
- Laboratorios de Análisis Clínicos  
*Dra. Mercedes Carrillo*  
*Dra. Gloria Rojas*  
*Dra. Regina Cudas*

# PRESENTACION

La Superintendencia de Salud se complace en presentar ante las autoridades sanitarias, a los sectores que participan y contribuyen en la prestación de servicios de salud, e interesados en general, una nueva versión del Manual de Categorización y Acreditación.

Esta nueva versión se sustenta en una revisión y ampliación de los ítems, adaptándolos tanto a instituciones públicas como privadas, y agregando nuevos ítems correspondientes a la calificación de “Hospital Seguro”. Fueron excluidos además, algunos capítulos que pasarán a formar parte de los anexos del manual, adecuándose a la realidad del funcionamiento actual de las Entidades prestadoras de Servicios de Salud (EPSS).

La experiencia institucional de la Superintendencia, y de los auditores médicos en especial, han planteado la necesidad de una revisión completa del documento anterior, a los efectos de adecuarlo a las necesidades encontradas en el campo de trabajo y, principalmente, incorporar elementos ordenadores del sistema de atención médica, que permitan realizar una categorización del nivel de resolución de los mismos y medir el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Este Manual, supone la consecución de un importante hito profesional, considerando que para la realización del trabajo, se ha consultado a profesionales de la salud involucrados en distintas especialidades, a directores y altos funcionarios responsables del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, además del apoyo técnico permanente de la Organización Panamericana de la Salud. También debemos mencionar la invalorable ayuda brindada por la Asociación Paraguaya de Sanatorios y Hospitales Privados, la Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay y del Círculo Paraguayo de Médicos a través de sus sociedades agrupadas.

Por lo expuesto, el presente Manual de Categorización y Acreditación se constituye en un material de fácil manejo y comprensión, que establece criterios de evaluación y mide los diferentes aspectos de la prestación o atención médica, de manera clara, sencilla y objetiva.



# PROLOGO

El Manual de Categorización y Acreditación se presenta en el marco del proceso de mejoramiento continuo de la Superintendencia de Salud, y al mismo tiempo, en el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, explicitada en la Ley 1.032/96 del Sistema Nacional de Salud, y en la Ley 2.319/06 de Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud.

Esta nueva versión organiza los estándares de categorización y acreditación de la red hospitalaria en dos secciones: A- Organización de la atención médica y, B- Áreas técnicas y de apoyo, que a su vez, los ordena por nivel de complejidad. La metodología, los porcentajes de calificación y el tiempo de validez están expuestos en el presente material.

Este Manual pretende constituirse en un instrumento objetivo y práctico, de valoración de la calidad de la atención médica, que responda al dinamismo de las propias ciencias médicas y las prestaciones de servicios de salud. Igualmente, facilitar a las entidades sujetas de control, una herramienta que les permita desarrollar procesos de revisión y mejoramiento permanente a nivel interno, para favorecer su competitividad dentro del sector, y desarrollar una cultura de calidad.

Es importante resaltar, una vez más, que la fuerza de este material, radica en los conocimientos y la experiencia de los profesionales que han hecho posible su consecución. Sus nombres figuran en las páginas que siguen al prólogo. Aunque todos ellos merecen una gratitud que no es posible expresar aquí del modo que correspondería, sabemos que se sentirán lo suficientemente recompensados si sus esfuerzos han servido para el éxito de esta obra.



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General  
Resolución S.G. N° 187

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (EDICIÓN 2009) Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.**

Asunción, 14 de abril de 2009

**VISTO:**

El proyecto de Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, presentado por la Superintendencia de Salud, en una nueva versión del Manual aprobado por Resolución S.G.N° 178, de fecha 29 de marzo de 2000; y

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme a las Leyes N°s. 1032/96 y 2319/06, la Superintendencia de Salud es el órgano del Sistema Nacional de Salud competente en materia de categorización, acreditación y control de la calidad de la atención ofrecida por las entidades prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas y mixtas;

Que la Ley N° 2319/06, en su Artículo 1°, define la **Categorización** como "La clasificación de las entidades de salud comprendidas en esta Ley teniendo en cuenta cada tipo de establecimiento, los servicios ambulatorios y de internación que ofrezcan y los riesgos que cubran"; y la **Acreditación**, como "El procedimiento periódico y reservado de evaluación de las entidades de salud comprendidas en esta Ley, conforme a los patrones previamente definidos y de aplicación general teniendo en cuenta la calidad de su estructura física, técnica y operativa, de los servicios que preste y de sus resultados"

Que la nueva versión del Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud se sustenta en una revisión y ampliación de los ítems, los cuales han sido adaptados tanto a instituciones públicas como privadas, habiéndose agregado, además, nuevos ítems correspondientes a la calificación de "Hospital Seguro";

Que dicho Manual se constituirá en un importante instrumento de labor, de fácil manejo y comprensión, que establece criterios de evaluación y mide los diferentes aspectos de la prestación o atención médica, de manera clara, sencilla y objetiva;

**POR TANTO**, en uso de sus atribuciones;







Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 187

14 de abril de 2009  
Hoja N° 2

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
RESUELVE:**

**Artículo 1°.** Aprobar el **Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud - Edición 2009**, que se anexa a la presente Resolución.

**Artículo 2°.** Encomendar a la Superintendencia de Salud la implementación y puesta en vigor de dicho Manual; a partir de la fecha de esta Resolución.

**Artículo 3°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



  
**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ**  
**MINISTRA**

msa/t



# ÍNDICE

<b>Presentación</b>	<b>5</b>
<b>Prólogo</b>	<b>7</b>
<b>Resolución Ministerial</b>	<b>8</b>
<b>La Superintendencia de Salud</b>	<b>13</b>
Misión	13
Objetivos	13
<b>Funciones de la Superintendencia de Salud en Categorización y Acreditación</b>	<b>14</b>
<b>Marco Conceptual General</b>	<b>15</b>
La Habilitación de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS)	15
La Categorización de las EPSS	15
La Acreditación de las EPSS	16
<b>La Categorización y Acreditación en Salud en el Paraguay</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos del Manual de Acreditación y Categorización</b>	<b>18</b>
Requisitos Institucionales para la Categorización y Acreditación	18
Metodología	18
Sistema de Cálculo	19
Acreditación	21
<b>Glosario</b>	<b>22</b>
<b>Ficha de Identificación de las EPSS</b>	<b>26</b>
<b>Especialidades</b>	<b>27</b>
<b>Estándares de Categorización y Acreditación de la Red Hospitalaria</b>	<b>28</b>
<b>A- Organización de la Atención Médica</b>	
A1. Continuidad de la Atención Médica	28
A2. Consultorio Externo	29
A3. Urgencias	30
A4. Derivaciones o Referencias	32
A5. Hospitalización	34

A6.	Laboratorio de Análisis Clínicos	36
A7.	Diagnóstico por imágenes	38
A8.	Unidad de Medicina Transfusional	40
A9.	Atención del Parto y Nacimiento	41
A10.	Atención inmediata al recién nacido	43
A11.	Área Quirúrgica	44
A12.	Anestesiología	45
A13.	Control de Infecciones	46
A14.	Unidad de Terapia Intensiva Adultos	47
A15.	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	48
A16.	Endoscopía	50
A17.	Electrodiagnóstico	50
A18.	Rehabilitación	51
A19.	Enfermería	51
A20.	Nutrición	53
A21.	Asistencia Social	54

#### **B- Áreas Administrativas y de Apoyo.**

B1.	Dirección	55
B2.	Administración	56
B3.	Finanzas	57
B4.	Recursos Humanos	57
B5.	Suministro	58
B6.	Archivo	58
B7.	Esterilización	60
B8.	Farmacia	61
B9.	Cocina	62
B10.	Lavandería	63
B11.	Aseo y Limpieza	64
B12.	Mantenimiento	65
B13.	Seguridad e Higiene Laboral	66
B14.	Documentación Edilicia	67
B15.	Acceso	67
B16.	Sistema Eléctrico	68
B17.	Control de Excretas, Residuos y Potabilidad de Agua	69
B18.	Comodidad	70
B19.	Morgue	71
B20.	Biblioteca	71
B21.	Adiestramiento en Servicio	71

<b>Anexo C1</b>	Centros de Hemodiálisis	72
-----------------	-------------------------	----

<b>Anexo C2</b>	Institutos de Medicina Nuclear	75
-----------------	--------------------------------	----

<b>Anexo C3</b>	EPSS de Terapia Radiante	77
-----------------	--------------------------	----

<b>Anexo C4</b>	Laboratorios de Patología	79
-----------------	---------------------------	----

<b>Anexo C5</b>	Hospitalización en Centros de Adicciones	81
-----------------	--	----

# LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

## Misión

Ser una organización de servicios de control sobre las entidades prestadoras de servicios de salud, que basada en la calidad, capacidad de trabajo y ética profesional de sus recursos humanos, apoye al Consejo Nacional de Salud para alcanzar la máxima eficiencia en la asignación de los recursos.

## Objetivos

Supervisar la aplicación de reglamentos y las normas de la buena Práctica Médica Asistencial, para salvaguardar los intereses de los sujetos beneficiarios de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de los sistemas público o privado, mixto y del seguro social.

Supervisar la adecuada asignación de los recursos económico-financieros para medir la solvencia y sustentabilidad de las empresas de medicina pre-paga comprendidas en el Sistema Nacional de Salud, a fin de que estén salvaguardadas las prestaciones y la continuidad de las mismas.

Ser una organización de servicios de control sobre las entidades prestadoras de servicios de salud, que basada en la calidad, capacidad de trabajo y ética profesional de sus recursos humanos, apoye al Consejo Nacional de Salud, para alcanzar la máxima eficiencia en la asignación de los recursos.

# **FUNCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD EN CATEGORIZACION Y ACREDITACION**

## **Marco legal**

Ley 1032 del 30 de Diciembre de 1996 que crea el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 31. "El Comité Ejecutivo organizará una Dirección Médica Nacional, otra del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud."

Artículo 33. "La Superintendencia de Salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema."

Ley 2319 del 13 de Setiembre de 2006 "Que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud creada por Ley N° 1032.

# MARCO CONCEPTUAL GENERAL

La implementación secuencial y progresiva de los instrumentos: **Habilitación**, **Categorización** y **Acreditación** debe responder al desarrollo de una estrategia adecuada cuyo eje es el de proveer instrumentos ordenadores del sistema de atención médica con un mejoramiento de la calidad en la atención.

## La Habilitación de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS)

La **Habilitación** constituye el paso inicial para autorizar el funcionamiento de un establecimiento, estableciendo los requisitos mínimos o básicos para permitir la apertura y funcionamiento de un local de atención. Se orienta principalmente a establecer criterios racionales de infraestructura, y equipamiento requerido de acuerdo al nivel de atención destinado a ofrecer y controlar su aplicación. Esta Habilitación está a cargo de la Autoridad Sanitaria, en nuestro caso, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección General de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud. En virtud del Código Sanitario. Ley 836 Art.239.- “El Ministerio reglamentará la habilitación y el registro de los establecimientos de salud y los controlará”.

**Decreto N° 16.649.** 23 de diciembre de 1.970

Por el cual se establecen disposiciones para el funcionamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios médicos privados y otras instituciones médicas bajo la competencia el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social conforme a la ley orgánica de salud pública.

## La Categorización de las EPSS

El proceso de Categorización establece un método clasificatorio que permite determinar las prestaciones que cada establecimiento está en condiciones de proveer. La Categorización es un proceso destinado a ordenar la oferta de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales o Sanatorios) de acuerdo a su complejidad, y que permite, por lo tanto definir niveles de atención, concentrar actividades y clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización. A través de esto se configura una red de servicios.

Dicho proceso comprende la inscripción de la institución a ser categorizada, en la Superintendencia de Salud. La misma debe estar habilitada previamente, en el M.S.P. y B.S. Luego de la inscripción, se solicita todos los documentos pertinentes que avalan el estado legal de la entidad. La institución hace un proceso de autoevaluación

que posteriormente será verificado por los Auditores Médicos al realizar la visita. En dicha visita se aplica el manual registrando los ítems positivos y negativos. Los mismos son consignados en una base de datos que arroja un resultado matemático de porcentaje de cumplimiento de aquellos requisitos, que corresponden al proceso de categorización (mínimo 85%) y al de acreditación (mínimo 75%) para Nivel 1.

Como resultado de este proceso se emite un certificado o no. Los requisitos encontrados negativos son impresos en un informe que se remite a la institución. En el caso de no llegar al mínimo (Nivel 1), la institución puede quedar como centro de atención primaria o pedir una nueva evaluación en **un periodo de 6 a 12 meses**, durante los cuales deberá corregir todos los requisitos negativos.

En aquellos casos en que el prestador evaluado, se encontrare en situación de ser categorizado y acreditado con observaciones, la Supsalud comunicará esta circunstancia y solicitará al prestador que presente en el plazo máximo de 30 días, un plan de corrección de las deficiencias señaladas en el informe, con un cronograma de su cumplimiento en un lapso no superior a doce meses.

La verificación del cumplimiento del plan de corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a esta materia.

De esto se deduce que acceder a nivel 1 es obligatorio para pertenecer a la red hospitalaria, los niveles 2 y 3 son voluntarios y acordes al perfil epidemiológico de la zona y a la demanda.

Los resultados son de dominio público y serán publicados y actualizados en la página web de la Superintendencia o en otros medios.

## La Acreditación de las EPSS

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada dos años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada dos años.



# LA CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACION EN SALUD EN EL PARAGUAY

La Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud propugna un pilar de atención integral a la salud capaz de prevenir enfermedades, curar y rehabilitar, incorporando como estrategia la capacidad de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad.

En su artículo 4º establece que “El sistema operará mediante la oferta de servicios de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes”

La **SUPERINTENDENCIA DE SALUD** tiene a su cargo la Acreditación y el Control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema, como asimismo, dispondrá de distintos parámetros para el logro de aquellos fundamentos legales, desarrollados por la normativa que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud.

En este contexto, a fin de cumplir con estas responsabilidades, la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, a través de la Dirección de Servicios de Salud organiza e implementa el proceso de Categorización y Acreditación. Para este efecto, cuenta con el manual que consigna los estándares obligatorios para acreditar y categorizar a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de la República.

Es importante hacer notar, que actualmente se le da más relevancia e importancia a la Categorización (obligatoria) que a la Acreditación (voluntaria) lo que se traduce inclusive en la nueva denominación del Manual de “**CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN**” y en el numero de requisitos de Categorización (578) versus el numero de requisitos de Acreditación (176).

# OBJETIVO DEL MANUAL DE CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN

Proveer a la Superintendencia de Salud, que realiza la Categorización y Acreditación de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, de un Manual de fácil manejo y comprensión, que establezca criterios de evaluación y mida los diferentes aspectos de la prestación o atención médica, de manera clara, sencilla y objetiva.

## Requisitos institucionales para la categorización y acreditación

Las instituciones que serán Acreditadas y Categorizadas, deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar Habilitado, por la Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud del M.S.P y B.S., como establecimiento sanatorial u hospitalario
- Pago anual de un arancel establecido por la Superintendencia de Salud

Además, todas las entidades de salud, sean públicas, autárquicas o privadas, deben contar con contratos formales de aquellas prestaciones tercerizadas. Dichos contratos preservarán la libre elección del profesional por los pacientes y no afectará la posibilidad de recurrir a aquellos profesionales que no estén incluidos. Estos contratos deberán ser presentados a los Auditores Médicos encargados de la Categorización y Acreditación, sin los cuales, dicho servicios no serán incluidos.

Deben cumplir otras obligaciones que la ley determine (Código Sanitario, Ley del Sistema Nacional de Salud, decretos reglamentarios, ordenanzas municipales, etc.)

## Metodología

### *Evaluación interna*

Es recomendable que antes de solicitar la Categorización y Acreditación, la Institución promueva y difunda internamente lo que esto significa, y genere las expectativas de una gestión de calidad total.

La institución designará y autorizará por escrito a una persona responsable que acompañara el proceso de evaluación y avalará los resultados obtenidos, preferentemente el Director General o Director Médico.

Se organizará un grupo evaluador interno, compuesto al menos por un representante de cada servicio o unidad. Se efectuará una evaluación orientada por este manual, si con ella se constataran falencias, las mismas serán subsanadas asignando personal y recursos.

### *Evaluación externa*

Una vez terminado este proceso se solicita la evaluación externa, que será conducida por los auditores designados por la **Superintendencia de Salud**, quienes tendrán la tarea de verificar, evaluar y registrar in situ la veracidad de los datos aportados por la institución, a través de la aplicación del manual.

Concluida la evaluación, se elabora el informe final, explicitando las recomendaciones si las hubiere y se expide el certificado con su nivel de complejidad alcanzado, con vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Toda la información obtenida en el proceso es archivada en el banco de datos de la Superintendencia de Salud, garantizándose su confidencialidad. El resultado del nivel de complejidad alcanzado para la categorización será de público conocimiento.

## **Sistema de cálculo**

### *Categorización*

Los estándares mínimos obligatorios son aquellos requisitos que deben cumplir las entidades de salud, sin los cuales no podrían brindar una atención médica con un mínimo de eficiencia y seguridad.

El establecimiento será categorizado en el **nivel 1** de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 85% o más de los requisitos del **nivel 1**.

El establecimiento será categorizado en el **nivel 2** de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 100% del **nivel 1** y el 85% o más de los requisitos del **nivel 2**.

El establecimiento será categorizado en el **nivel 3** de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 100% de los requisitos de los niveles 1 y 2, y el 85% o más de los requisitos del **nivel 3**.

En el caso de que la institución tenga un déficit mínimo ( $< 5\%$  del puntaje para llegar al requerido), se estudiará la importancia de los requisitos faltantes con el equipo de Servicios de Salud, que priorizará aquellos que son más relevantes para una buena atención.

Dicha categorización tiene una vigencia de 2 años. Al cabo de 2 años, los porcentajes requeridos para la categorización serán del 100%.

## RED NO HOSPITALARIA O CENTROS DE ATENCION PRIMARIA \*

	CATEGORIZACIÓN	ACREDITACIÓN
Centros de atención primaria	< 85 % Del nivel 1 de la red hospitalaria	< 75% Del nivel 1 de la red hospitalaria

## RED HOSPITALARIA

		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		CATEGORI- ZACION	ACREDITA- CION	CATEGORI- ZACION	ACREDITA- CION	CATEGORI- ZACION	ACREDITA- CION
RED HOSPITALARIA	NIVEL 1	85 % o más	75 % o más				
	NIVEL 2	100 %	100 %	85% o más	75% o más		
	NIVEL 3	100 %	100 %	100 %	100 %	85% o más	75% o más

Como resultado final se establecen los siguientes niveles:

RED HOSPITALARIA	Red No Hospitalaria ó Centros de Atención Primaria	Promoción y protección de la salud, atención ambulatoria y hospitalización clínica u obstétrica. Personal: médico, odontólogo, enfermeras, licenciada, técnico y auxiliar.
	Nivel 1: Baja Complejidad	Promoción y protección de la salud Atención ambulatoria, hospitalización y Cirugía de baja complejidad. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite tecnología básica, con personal profesional, técnico y auxiliar Garantizar servicios de ambulancia propia o contratada
	Nivel 2: Mediana Complejidad	Atención ambulatoria y hospitalización, en las cuatro especialidades básicas Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite tecnología de mediana complejidad por personal profesional, técnico y auxiliar.
	Nivel 3: Alta Complejidad	Atención ambulatoria y hospitalización, especializadas y sub-especializadas. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite tecnología de alta complejidad y un mayor grado de especialización del personal profesional técnico y auxiliar.

La Superintendencia de Salud expedirá un Certificado de Categorización a la Institución en donde se hará constar el Nivel de Complejidad y el tipo de Hospital que puede ser, general o especializado en un área específica. Ver Resolución Supsalud N° 031/08 de fecha 22 de agosto de 2007.

La Institución podrá solicitar un Certificado de Acreditación en el que conste el nivel de Acreditación alcanzado.

Si en la evaluación, la institución no alcanza el puntaje mínimo para acceder al nivel 1, tiene las siguientes alternativas:

1. Ser categorizado como Centro de Atención Primaria.
2. Solicitar una nueva evaluación en un plazo de 6 a 12 meses, (una vez cumplido los requisitos exigidos) previa presentación de un cronograma de corrección, en un máximo de 30 días, a la Supsalud, luego de haber recibido el informe final.

Si la institución no alcanza el puntaje requerido para los Niveles 2 y 3, no cumpliendo con todos los requisitos exigidos, tiene las siguientes alternativas:

1. Permanecer en el nivel 1
2. Solicitar una nueva evaluación en un plazo de 6 a 12 meses, (una vez cumplidos los requisitos exigidos) previa presentación de un cronograma de corrección, en un máximo de 30 días, a la Supsalud, luego de haber recibido el informe final.
3. Esperar la evaluación periódica de la Supsalud (2 años) para cumplir con los requisitos exigidos.

## Acreditación

El establecimiento será acreditado en el nivel 1 de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 75% o más de los requisitos del nivel 1.

El establecimiento será acreditado en el nivel 2 de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 100% del nivel 1 y el 75% o más de los requisitos del nivel 2.

El establecimiento será acreditado en el nivel 3 de complejidad de la red hospitalaria, si cumple con el 100% de los requisitos de los niveles 1 y 2, y el 75% o más de los requisitos del nivel 3.

Dicha acreditación tiene una vigencia de 2 años. Al cabo de 2 años, los porcentajes requeridos para la acreditación serán del 100%.

Ambos procesos, Categorización y Acreditación se realizan en forma simultánea.

La vigencia de la Categorización y Acreditación de 2 años, podrá extenderse excepcionalmente a 5 años, por justificativos fehacientes de la Superintendencia de Salud.

## GLOSARIO

- **Acreditación:** Proceso permanente, voluntario, confidencial y periódico, de evaluación de las instituciones hospitalarias y su entorno con el fin de garantizar la calidad de los servicios ofrecidos.

Es el procedimiento de evaluación de los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros) voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de la evaluación de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.

- **Ambulancia:** un vehículo (tierra, aire o agua) de tipo comercial, certificado, probado, y construido en chasis que son apropiados para la aplicación propuesta. Para las ambulancias que se desplazan por tierra, pueden ser de tracción delantera, o trasera (4x2) o doble tracción (4x4).

Un vehículo para la atención médica de urgencia que proporciona: compartimiento de un conductor; un compartimiento de pacientes para acomodar a un técnico médico de urgencias (TMU)/paramédico y los pacientes de dos literas (un paciente ubicado en la camilla primaria y un segundo paciente en una litera plegable ubicada en la banca del escuadrón) colocado de tal forma que al primer paciente primario se le puede administrar sostén intensivo de funciones vitales durante tránsito; el equipo y los suministros para la atención de urgencias en la escena así como durante el transporte; comunicación de radios receptoras y emisoras; y, cuando sea necesario, el equipo para los procedimientos livianos de rescate/liberación. La ambulancia estará diseñada y construida para garantizar seguridad, cierto confort y evitar empeoramiento de las lesiones o las enfermedades del paciente.

- **Atención de la Salud:** Actividad tendiente a promover la Salud, prevenir las enfermedades y rehabilitar, al individuo, a la familia y a la comunidad.
- **Calidad de Atención en Salud:** Cumplimiento del conjunto de características, científicas y humanas, con el uso eficiente de los recursos, minimización de riesgo y satisfacción de los usuarios
- **Calidad Total:** proceso que satisface al paciente con resultado óptimo, a través de una atención integral, oportuna, eficiente, eficaz, con racionalización de los recursos, respeto y dignidad.

- **Categorización:** Mecanismo que procura ordenar la oferta de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales o Sanatorios) de acuerdo a su complejidad, y que permite, por lo tanto definir niveles, concentrar actividades, clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización y configurar una red de servicios.
- **Comunicación:** la infraestructura que permite a los establecimientos de salud comunicarse entre sí según sea necesario para la continuidad de prestación de servicios de salud. Esto incluye pero no se limita a teléfonos operativos, fax y radios de onda corta, teléfonos celulares con servicio disponible, computadoras para uso general y/o específico de departamentos y la disponibilidad de acceso a Internet en cada establecimiento, según sea necesario. Sírvasenota de cuántos y qué porcentaje de establecimientos de salud no tienen infraestructura de comunicación operativa como se necesita.
- **Eliminación de desechos de los servicios de salud:** el almacenamiento, colección, transporte, procesamiento, reciclaje o desecho de materiales de desechos generados por establecimientos de salud. Tales materiales incluyen pero no se limitan a:
  - **Desechos infecciosos:** *todos los desechos que son propensos a contener agentes patógenos (o sus toxinas) en concentración suficiente para causar enfermedades a un huésped potencial. Los ejemplos incluyen materiales o equipo desechado usado para el diagnóstico, tratamiento y prevención de una enfermedad que ha estado en contacto con fluidos de cuerpo (apósitos, hisopos de algodón, pañales, bolsas sanguíneas, etc.), así como efluentes como heces, orina, sangre u otras secreciones corporales (esputo, secreciones pulmonares, etc.)*
  - **Desechos patológicos y anatómicos:** *órganos, tejidos, partes corporales, líquidos como sangre no infecciosa y partes del cuerpo humano reconocibles (infeccioso o no).*
  - **Desechos farmacéuticos peligrosos:** *productos farmacéuticos vencidos, sin usar, derramados y contaminados, medicamentos y vacunas. También se incluyen los elementos usados en el manejo de preparaciones farmacéuticas como botellas, viales, y tubería conectiva; y todos los medicamentos y equipos usados para la mezcla y administración de medicamentos citotóxicos.*
  - **Desechos químicos peligrosos:** *productos químicos desechados (sólido, líquido o gaseoso) que se generan durante procedimientos de desinfección o procesos de limpieza peligrosos (sustancia tóxica, sustancia corrosiva, inflamable, etc.).*
  - **Desechos con un contenido alto de metales pesado:** *los desechos con un contenido alto de metales pesados y sus derivados son potencialmente altamente tóxicos (por ejemplo, cadmio o mercurio de termómetros o manómetros). Se consideran un subgrupo de desechos químicos pero deben ser tratados específicamente.*



- **Desechos sumamente infecciosos:** *cultivos microbianos y reservas de agentes sumamente infecciosos de los laboratorios que realizan análisis médicos.*
- **Desechos genotóxicos/citotóxicos:** *derivados de desechos genotóxicos de los medicamentos en general usados en las unidades de oncología o radioterapia que tienen un efecto mutagénico o citotóxico sumamente peligroso.*

*Heces, vómito u orina de los pacientes tratados con medicamentos citotóxicos o productos químicos también se consideran genotóxico.*

- **Desechos radiactivos:** *líquidos, gases o sólidos contaminados con radionúclidos cuyas radiaciones ionizantes tienen efectos genotóxicos. Específicamente de interés en los servicios de salud son radiaciones ionizantes que incluyen X- y g- rayos así como a- y b- partículas. Estos tipos de material radiactivo resultan sin embargo, en desechos radiactivos de bajo nivel en establecimientos de salud, en consecuencia almacenamiento adecuado con un tiempo apropiado de retención es suficiente prevenir radiactividad para derramar en el ambiente.*
- **Envases presurizados:** *llenos o vacíos los envases o latas de aerosol con líquidos presurizados, el gas o materiales en polvo.*
- **Objetos punzocortantes:** *elementos que pueden causar cortes o heridas de punción (por ejemplo, lesiones por pinchazo de aguja).*
- **Enfermeras:** incluye a enfermeras profesionales, las enfermeras técnicas y auxiliares, las enfermeras matriculadas y otras enfermeras<sup>1</sup>.
- **Estándares de Calidad:** cumplimiento de los requisitos mínimos aceptables para la prestación de servicios.
- **Normativas establecidas:** con el objetivo de garantizar, que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios.

Los estándares abarcarán todas las materias que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones de salud, tales como condiciones sanitarias, requisitos de seguridad de las instalaciones y equipos, mantención y calibración de los mismos; además deberán referirse a las técnicas y tecnologías aplicables a las prestaciones, personal necesario para llevarlas a cabo, su calificación laboral y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención y los demás aspectos atinentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los usuarios.

- **Estructura:** Planta física, equipamiento, recursos humanos, organizacional y funcional, instrumentales y recursos disponibles.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (\*OMS). Recursos humanos para salud.  
<http://www.who.int/whosis/indicadores/2007HumanResourcesForHeal/en>. Obtenido acceso 1 de mayo de 2008



- **Garantía de Calidad:** Programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o tendencia específicamente indicada para alcanzar un resultado objetivo, de acuerdo con los adelantos recientes de las Ciencias Médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello se utilizará un mínimo de recursos necesarios con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los Servicios recibidos, independientemente del nivel institucional (primario, secundario o terciario en un sistema local de salud, Novaes 1992).
- **Habilitación:** Procedimiento que desarrolla la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional, previo a la puesta en funcionamiento, que define las condiciones mínimas estructurales y profesionales que deben poseer las instituciones.
- **Hospital:** Institución con más de 30 camas (Decreto N° 16.649 del MSPyBS) para la internación personas con afecciones agudas o crónicas, a quienes se provee atención y cuidado directo en forma permanente, por personal profesional médico, de enfermería y paramédico.
- **Hospitales Especializados:** Hospitales dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes.
- **Hospitales Generales:** hospitales destinados a la atención de pacientes afectos de diversas patologías y que cuentan con las áreas de Clínica Médica, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. También se considera general cuando, aún faltando o estando escasamente desarrollada alguna de éstas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada.
- **Médicos:** incluye a generalistas y especialistas.
- **Oportunidad:** Calidad de satisfacer las necesidades de salud en el momento indicado y adecuado.
- **Parteras:** incluye a parteras profesionales, parteras auxiliares y parteras matriculadas. Parteras tradicionales se cuentan como “agentes sanitarios de la comunidad”.
- **Proceso de autoevaluación:** Proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad de la atención en salud, que realiza la misma entidad que pretende categorizarse y acreditarse, en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución considerando, entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado.
- **Sanatorio:** Institución con hasta 30 camas (Decreto N° 16.649 del MSPyBS), para la internación personas con afecciones agudas o crónicas, a quienes se provee control y cuidado directo en forma permanente, por personal profesional médico, de enfermería y paramédico.

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN de la EPSS

NOMBRE DE LA EPSS:						
FECHA: ...../...../.....						
Evaluadores: .....						
Forma Jurídica Privada: Unipersonal <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Pública: MSPBS <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> S.Militar <input type="checkbox"/> Policial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>						
Director:						
Representante Legal:				Fecha de constitución		
Ciudad:				Departamento/Región Sanitaria:		
Calle:				N°		
Fono:				Fax:		
Email:				Pág. Web		
Habilitación MSPyBS Tomo:      Folio:      Registro:				Fecha / / 20....		
Fecha Reg. Supsalud / / 20....				RUC		
Auto-categorización Nivel alcanzado				Categorización Supsalud <small>A ser llenado por la Supsalud al final del proceso</small>		
Nivel Anterior:				Año:		
Auto-acreditación Nivel alcanzado				Acreditación Supsalud <small>A ser llenado por la Supsalud al final del proceso</small>		
Nivel Anterior:				Año:		
<b>N° de Médicos</b>		<b>N° de Obstetras</b>		<b>Personal de Enfermería</b>		<b>N° de empleados</b>
De Guardia:		Licenciadas:		Licenciadas:		
De Planta:		Técnicas:		Técnicas:		
De Consultorio:		Auxiliares:		Auxiliares:		
Externos:						
Camas						
TOTAL	Med. Interna	Cirugía	Obstetricia	Pediatria	Camas Terapia:	Adultos
					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
					N°:	Pediatria
N° de Incubadoras				Tiene ambulancias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Cantidad:		
Quirófanos						
TOTAL	Cirugía		Obstetricia		Pediatria	

Nombre y firma del responsable

## ESPECIALIDADES

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergia			Endoscopia			Nutrición		
Anatomía Patológica			Fisioterapia			Odontología		
Anestesiología			Flebología			Oftalmología		
Angioplastia			Gastroenterología			Oncología		
Cardiología			Geriatría			Ortopedia		
Cirugía Cardíaca			Ginecoobstetricia			Otorrinolaringología		
Cirugía General			Hematología			Pediatría		
Cirugía Oncológica			Hemoterapia			Proctología		
Cirugía Pediátrica			Infectología			Psicología		
Cirugía Plástica			Inmunología			Psiquiatría		
Cirugía Pediátrica			Laboratorio clínico			Reumatología		
Cirugía Vascular Periférica			Mastología			Terapia Intensiva Adultos		
Medicina Interna			Medicina Nuclear			Terapia Intensiva Pediatría		
Dermatología			Nefrología			Toxicología		
Diagnóstico por Imágenes			Neonatología			Traumatología		
Ecografía			Neumología			Urología		
Electrodiagnóstico			Neurocirugía			Video Cirugía		
Endocrinología			Neurología			Otros _____ _____ _____		

Nombre y firma del responsable

## ESTÁNDARES DE CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE LA RED HOSPITALARIA

### A- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

#### A1- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Se refiere al equipo responsable de la interacción y asistencia durante las 24 horas.

##### NIVEL 1

La estructura del cuerpo clínico cuenta con una dirección médica que supervisa las acciones asistenciales prestadas por el equipo médico, que actúa en tiempo parcial o total y se ocupa del acompañamiento de los pacientes internados las 24 horas.

A1-01.	El plantel se halla bajo una dirección médica que coordina el funcionamiento del servicio y supervisa el diagnóstico y tratamiento, así como la calidad de la atención. <i>Ver.: organigrama, manual de funciones, reglamento interno</i>	
A1-02.	Posee personal de enfermería: licenciadas, técnicas o auxiliares, que cubre las 24 horas. <i>Ver.: nómina, relación formal: contratos</i>	
A1-03.	La atención de los pacientes se realiza a través de los Médicos General o de Familia de consultorio o en guardia activa que cubra todos los días de la semana. <i>Ver.: listado de médicos de consultorio o de guardia con su distribución por día y horario, contratos, documentación actualizada de los mismos</i>	
A1-04.	Dispone de sistemas de comunicación internos y externos que garanticen la atención (Central telefónica o intercomunicador)	
A1-05.	El proceso de continuidad de la atención médica puede ser corroborado a través de indicadores: historias clínicas, prescripciones, evolución médica, epicrisis.	
A1-06.	Los expedientes clínicos son legibles y se completan en forma adecuada.	
A1-07.	Dispone de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas. <i>Ver.: contratos</i>	

##### NIVEL 2

Cada paciente se encuentra bajo la responsabilidad de un médico tratante, en quien se concentran todas las orientaciones de los especialistas; el médico actúa de acuerdo con las normas establecidas por el cuerpo clínico; las acciones médicas pueden ser auditadas a través de los registros en los Expedientes Clínicos

A1-08.	Cada paciente se halla bajo la responsabilidad de un profesional médico tratante identificado. El mismo se responsabiliza de todas las indicaciones, las cuales son asentadas por escrito. <i>Ver.: En historias clínicas al azar, hoja de internación rubricada por el médico tratante, donde se especifique el diagnóstico de ingreso y el tratamiento a ser realizado y hoja de indicaciones</i>	
A1-09.	Existe guardia activa de médicos, que cubran las 24 horas, en dos especialidades básicas (preferentemente ginecoobstetricia y pediatría). <i>Ver.: contrato, solicitar copias de los mismos, certificado de especialidad</i>	
A1-10.	Dispone de un sistema de llamado de emergencia para casos extremos (códigos específicos – sistema de intercomunicación con altavoces – beepers – otros)	
A1-11.	Los pacientes son adecuadamente informados sobre su diagnóstico y el o los procedimientos a ser realizados y otorgan su consentimiento por escrito. <i>Ver.: Hoja de consentimiento informado</i>	

A1-12.	Existe un reglamento del cuerpo médico. <i>Ver.: Reglamento impreso</i>	
A1-13.	Dispone de un listado de profesionales médicos al llamado en las cuatro especialidades básicas (Clínica Médica, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría). <i>Ver.: Contrato con dichos profesionales, solicitar copia de los mismos</i>	
A1-14.	Se organizan y realizan reuniones clínicas periódicas (al menos trimestralmente) para discutir casos seleccionados. <i>Ver.: Programas de reuniones realizadas, lista de participantes a dichas reuniones, con firma</i>	

### NIVEL 3

El modelo asistencial se basa en el enfoque multiprofesional contando con protocolos clínicos de tratamiento

A1-15.	Existe guardia activa de médicos, que cubran las 24 horas, en las cuatro especialidades básicas. <i>Ver.: contratos, solicitar copias de los mismos, certificado de especialidad</i>	
A1-16.	Se realizan auditorías médicas de la atención del paciente periódicamente, en las cuales se verifique legibilidad, diagnósticos asentados, evoluciones, indicaciones, firmas, cumplimiento de protocolos clínicos y resultados. <i>Ver.: informes finales de dichas auditorías e historias clínicas al azar</i>	
A1-17.	Se realizan reuniones clínicas con participación del cuerpo Médico, al menos una vez por mes. Se evalúan los protocolos clínicos y sus resultados. <i>Ver.: programas y lista de participantes de dichas reuniones, con firma</i>	
A1-18.	Existen protocolos clínicos impresos para los cuadros más comunes. Los mismos están accesibles para su uso. <i>Ver.: la existencia de dichos protocolos y su accesibilidad</i>	
A1-19.	Existen cuestionarios de satisfacción del usuario sobre la calidad de la atención, distribuidos al ingresar el paciente.	
A1-20.	Se realizan evaluaciones sobre estándares de calidad de la atención y correcciones a partir de los resultados de los mismos.	
A1-21.	Existe guardia pasiva en las subespecialidades	

### A2- CONSULTORIO EXTERNO

Es el conjunto de elementos que posibilitan la atención, el diagnóstico y tratamiento de pacientes ambulatorios

#### NIVEL 1

La institución ofrece asistencia ambulatoria cuando no es necesaria la internación. Cuenta con área física propia para el efecto, recursos humanos y materiales adecuados para el modelo de atención propuesto

A2-01.	La atención es prestada por personal profesional con apoyo administrativo (secretaría). <i>Ver.: si cuenta con secretaria exclusiva</i>	
A2-02.	Se lleva registro diario de Consulta Externa. <i>Ver.: Registro de consultas con los datos del paciente (Día, hora, nombre, teléfono, profesional con quien consulta, prepaga a la que pertenece, consultas nuevas, consultas de control)</i>	
A2-03.	Existe cobertura adecuada para satisfacer la demanda diaria en las especialidades básicas. <i>Ver.: Registro de consultas, verificar la duración mínima de los turnos, número de pacientes por médico</i>	
A2-04.	Todos los consultorios cuentan con lavatorios, jabón y toallas.	
A2-05.	Los pacientes pueden obtener turno dentro de las 48 hs. en las especialidades no básicas	
A2-06.	Los turnos no son menores a 20 minutos (en promedio). <i>Ver.: registro de consultas</i>	

A2-07.	Cuenta con sala de espera, sillas adecuadas y consultorios suficientes de acuerdo a la demanda	
A2-08.	Dispone de materiales educativos (afiches, folletos, etc.) con finalidad de educación en salud (promoción y prevención) <i>Ver.: la existencia de posters, afiches, folletos en las salas de espera o en las paredes de las mismas</i>	
<b>NIVEL 2</b>		
El hospital cuenta con personal de salud de las cuatro especialidades básicas y también cuenta con el equipamiento adecuado y el espacio físico necesario para la realización de las prácticas de dichas especialidades. Personal administrativo entrenado para organización y archivo de documentación clínica. Cuenta además con medios audiovisuales para actividades de información, promoción y prevención.		
A2-09. A	El área de consultorios cuenta con personal de enfermería exclusivo (Auxiliar-Técnico-Licenciada) y personal administrativo (secretaria), de apoyo	
A2-10.	El Área de consultorio externo cuenta con un acceso adecuado, independiente al de las áreas de urgencia y hospitalización	
A2-11. A	El área es confortable y climatizada.	
A2-12.	Dispone de medios audiovisuales instalados con los cuales se realizan, rutinariamente, actividades de educación en salud (promoción y prevención) <i>Ver.: equipo audiovisual: televisor, video o DVD instalados en las salas de espera. Videos o DVD de educación en salud</i>	
<b>NIVEL 3</b>		
El modelo asistencial contempla acciones preventivas, de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación. Se hacen controles de indicadores de calidad y productividad de las atenciones ofrecidas.		
A2-13.	Cuenta con especialistas y sub-especialistas para la realización de consultas y prácticas. (Ej. toma de muestras para Papanicolaou, ergometría, audiometría, consulta oftalmológica, otros)	
A2-14.	Se realizan encuestas de satisfacción del paciente sobre aspectos de la atención en consultorio (médica, administrativa) <i>Ver.: la existencia de hojas de encuestas sobre la satisfacción del cliente</i>	
A2-15.	Se realizan análisis estadísticos sobre los datos obtenibles de los registros. <i>Ver.: Informes estadísticos sobre consultas, sexo, edad, especialidad más requerida, encuestas de satisfacción.</i>	
<b>A3- URGENCIAS</b>		
<b>Es el conjunto de elementos destinados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con cuadros de urgencia (con o sin riesgo inminente de vida), que funciona ininterrumpidamente las 24 horas.</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
La unidad cuenta con médicos y equipos de enfermería de guardia activa para la atención de las emergencias, funcionando en un local de uso exclusivo, que disponga de área física y de elementos para las diferentes actividades médicas de apoyo diagnóstico, de laboratorio y terapéutico.		
A3-01.	El sector de urgencias es cubierto por el Médico General o de Familia en guardia activa las 24 hs. <i>Ver.: las guardias de médicos destinadas a la atención de emergencias y su distribución apropiadas para cubrir 24 hs. todos los días de la semana.</i>	
A3-02.	Cuenta con profesionales médicos, en guardia pasiva, en las cuatro especialidades básicas las 24 horas. (contratos)	



A3-03.	El sector de urgencias cuenta con apoyo de enfermería en forma exclusiva las 24 hs. <i>Ver.: las guardias de enfermería destinadas a la atención de emergencias y su distribución apropiadas para cubrir 24 hs. todos los días de la semana.</i>	
A3-04.	Dispone de un área exclusiva con acceso independiente	
A3-05.	El acceso al área de urgencias tiene protección adecuada contra las inclemencias del tiempo. <i>Ver.: si el servicio funciona en un local exclusivo, con acceso independiente con protección adecuada para el ascenso y descenso de pacientes en todo tiempo, espacios diferenciados para consultas, procedimientos y área de observación.</i>	
A3-06.	Dispone de un sistema adecuado de comunicación interna y externa. (Teléfono con acceso directo al exterior)	
A3-07.	El paciente es atendido inmediatamente a su ingreso. <i>Ver: libro o registro de urgencia; verificar si se consigna hora de llegada y hora de atención</i>	
A3-08.	Cuenta con protocolos de manejo de los cuadros de emergencias más frecuentes. <i>Ver: protocolos impresos y disponibles en el sector</i>	
A3-09.	Se garantiza la internación de los pacientes o la referencia oportuna y adecuada en caso de emergencia, en un plazo no mayor de 6 horas	
A3-10.	Se cuenta con un libro donde se registra todos los pacientes que acuden a la urgencia. (Fecha y hora de llegada y de atención, Filiación, Diagnostico presuntivo, Tratamiento efectuado)	
A3-11.	Dispone de apoyo laboratorial básico las 24 horas. (Institucional o tercerizado - contrato)	
A3-12.	Dispone de un carro de paro para reanimación	
A3-13.	Dispone de un electrocardiógrafo, accesible para su utilización las 24 horas, dentro de la institución.	
A3-14.	Dispone de apoyo al llamado, en el área de Diagnóstico por imágenes (Radiología básica y Ecografía), las 24 horas.	
A3-15.	Dispone permanentemente de servicio de transporte habilitado, propio o contratado, con personal técnico capacitado, para la derivación de pacientes.	
A3-16.	El mobiliario es adecuado y confortable.	

## NIVEL 2

La unidad dispone de un manual de normas y procedimientos; la organización del mismo cuenta, por lo menos, con los siguientes especialistas: clínico, cirujano, pediatra, gineco-obstetra y anestesiólogo. Incluye recursos humanos entrenados para la reanimación cardio-respiratoria, equipamiento e instrumentales; existen actividades de evaluación de los procesos de la unidad de emergencia.

A3-17.	Cuenta con un electrocardiógrafo exclusivo para el sector de urgencias.	
A3-18.	Cuenta con equipamiento, medicamentos y materiales necesarios para reanimación y mantención cardio-respiratoria. <i>Ver.: listado de ítems de verificación y si el equipo está entrenado en técnicas para la atención inmediata al paciente que esté en riesgo vital, hasta que sea posible su traslado al servicio adecuado.</i>	
A3-19.	Dispone de sala de observación para internación de pacientes por un tiempo no mayor de 24 hs.	
A3-20.	Tiene quirófano o sala de procedimientos exclusivo para cirugías de urgencia.	
A3-21.	Existe manual de normas, rutinas y procedimientos que definan los procesos de funcionamiento.	
A3-22.	Dispone de medios de comunicación alternativos (teléfono celular, radio, etc)	

### Anexo A3

#### Verificar la disponibilidad en el local de:

<ul style="list-style-type: none"> <li>o Equipamiento, medicamentos y materiales para reanimación y sostén cardio-respiratorio</li> <li>o Laringoscopio y laminas y sondas oro-traqueales de diversos tamaños, cánulas de mayo,</li> <li>o electrocardiógrafo,</li> <li>o balones de oxígeno,</li> <li>o aspirador,</li> <li>o desfibrilador,</li> <li>o respirador,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o equipos de: toracocentesis, traqueotomía, cirugía menor, punción lumbar,</li> <li>o equipo de succión traqueobronquial y gástrico,</li> <li>o catéteres urinarios,</li> <li>o collar cervical,</li> <li>o tabla espinal corta y larga.</li> <li>o medicamentos usados en emergencias y otros materiales indispensables.</li> </ul>
---	---

#### NIVEL 3

La unidad ofrece, por lo menos, alguna otra especialidad además de las citadas anteriormente, dispone de equipamiento, recursos adecuados y realiza evaluaciones periódicas de su eficiencia.

A3-23.	El Área de urgencia cuenta con un Coordinador Médico responsable. <i>Ver: contrato y certificación del coordinador en la especialidad de trauma</i>	
A3-24.	El servicio de Urgencias cuenta con, al menos, una Licenciada en enfermería por turno.	
A3-25.	Se dispone de un Hemoterapeuta en guardia pasiva (contrato)	
A3-26.	Cuenta con profesionales de las especialidades no básicas en guardia pasiva	
A3-27.	Dispone de quirófano o sala de procedimiento exclusivos para el sector de urgencias	
A3-28.	Dispone de Área de lavado para pacientes	
A3-29.	Está disponible un buzón de quejas y sugerencias	
A3-30.	Se realizan reuniones periódicas para evaluar el funcionamiento del servicio.	

#### A4- DERIVACIONES O REFERENCIAS

**Se refiere a los convenios con otras instituciones de salud para el traslado de pacientes ya sea para el Diagnóstico o Tratamiento.**

#### NIVEL 1

La institución cuenta con unidades de traslados – propias o contratadas (Requisito indispensable para considerar los ítems subsiguientes) y dispone de una lista de servicios a los cuales pueden transferir los casos que superan la capacidad resolutive de la unidad, disponiendo de protocolos básicos que aseguren el proceso de derivación pertinente y oportuna.

Las empresas o instituciones que ofrezcan el servicio deben contar con la habilitación vigente del MSPyBS.

A4-01.	Cuenta con unidades de traslados habilitadas - propias o contratadas - con personal capacitado en emergencias médicas, que incluye emergencias, urgencias y traslados de alto o bajo riesgo.	
--------	--	--



A4-02.	Existe convenios con otra/s institución/es de mayor capacidad resolutive para el traslado de pacientes <i>Ver.: la lista de Servicios a los cuales pueden ser referidos los casos para los cuales el hospital no tenga capacidad resolutive. Verificar si la lista contempla centros de referencia para diversas especialidades, tales como: Neonatología, Neurocirugía, Traumatología-Ortopedia, Oftalmología y Terapia Intensiva.</i>	
A4-03.	Se dispone de formularios de referencia (historia clínica unificada), y los mismos son llenados en todos los casos para el traslado de los pacientes	
A4-04.	Las referencias contemplan un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y de evaluación de la calidad de la atención proporcionada. <i>Ver.: Formularios de satisfacción del cliente</i>	

## NIVEL 2

La institución cuenta con unidades de traslados – propias o contratadas (Requisito indispensable para considerar los ítems subsiguientes) y dispone de una lista de servicios a los cuales pueden transferir los casos que superan la capacidad resolutive de la unidad, disponiendo de protocolos que aseguren el proceso de derivación pertinente y oportuna

A4-05.	Se dispone de protocolos escritos del procedimiento de atención inicial y durante el traslado a establecimientos de referencia. <i>Ver.: si existen normas escritas para el adecuado traslado de los síndromes clínicos especificados en el Anexo 4.</i>	
--------	--	--

## ANEXO A4

<ul style="list-style-type: none"> <li>o Emergencias cardiocoronarias: Paro cardiaco, Paro respiratorio, Crisis hipertensiva, Dolor precordial, Angina de pecho, Infarto agudo de miocardio, Arritmias, Insuficiencia cardiaca aguda</li> <li>o Emergencias neurológicas: Accidentes cerebro vasculares, Convulsiones, Epilepsia, Comas</li> <li>o Emergencias respiratorias: Incapacidad respiratoria, Bronco espasmo, Asma, Neumotorax, Obstrucción por cuerpo extraño, Edema de glotis, Asfixia por inmersión o inhalación de gases tóxicos.</li> <li>o Emergencias abdominales: Hemorragias digestivas, Obstrucciones intestinales, Abdomen agudo (Pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, Peritonitis). Cólico Renal o Biliar, Traumatismos abiertos y cerrados</li> <li>o Emergencias Gineco-Obstétricas: Partos en domicilio, Eclampsia, Hemorragias ginecológicas</li> <li>o Emergencias endócrino metabólicas: Coma diabético, coma hipoglucémico, Deshidrataciones graves, Crisis hipertiroideas</li> <li>o Emergencias Psiquiátricas: Intoxicación alcohólica aguda, Delirium tremens, Intento de suicidio, Psicosis aguda, esquizofrenia aguda. Reacciones neuróticas.</li> <li>o Emergencias Pediátricas: Dificultad respiratoria de distintos orígenes, Convulsiones, Quemaduras, Politraumatismos, Intoxicaciones, Electrocución</li> <li>o Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave: Síndrome laríngeo, neumotórax hipertensivo.</li> <li>o Insuficiencia Circulatoria Aguda Grave: edema agudo de pulmón, embolia pulmonar, arritmia aguda grave, shock.</li> <li>o Insuficiencia Suprarrenal Aguda.</li> </ul>		
A4-06.	Se dispone de unidades de traslado equipadas, con médico. (Propias o contratadas)	
A4-07.	Existe una persona responsable de supervisar el cumplimiento de estos procedimientos.	

A4-08.	Existe un protocolo de comunicación previo al traslado, de seguimiento de las derivaciones y de evaluación de la calidad de la atención prestada. <i>Ver.: si el sistema de comunicación asegura el enlace entre sector prehospitalario y hospitalario, los traslados y cuáles son los medios de comunicación utilizados: contactos entre los médicos (teléfono, celulares, radio, otro)</i>	
<b>NIVEL 3</b>		
La institución cuenta con unidades de traslados para medicina crítica – propias o contratadas.		
A4-09.	Se dispone de unidades de traslado equipadas para medicina crítica, con médico e incubadora de transporte. (Propias o contratadas)	
A4-10.	Existe un responsable de los procedimientos de transferencias y traslados (Medico, Lic. en enfermería de guardia), inclusive en la obtención de lugar disponible	
<b>A5- HOSPITALIZACIÓN</b>		
<b>Corresponde a las instalaciones destinadas a la atención, cuidados y confort de los pacientes internados.</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital cuenta con instalaciones adecuadas para la atención y cuidados de los pacientes, dispone de un profesional responsable, habilitado para la conducción del servicio. Las áreas presentan condiciones de confort y comodidad que contribuyen a una buena atención.		
A5-01.	La atención de los pacientes internados es prestada por un Médico General y personal de Enfermería las 24 horas del día <i>Ver.: contratos con médicos y enfermeras</i>	
A5-02.	Cada paciente se halla bajo la responsabilidad de un Profesional Tratante identificado. El mismo se responsabiliza de todas las indicaciones, las cuales son asentadas por escrito. <i>Ver: expediente clínico</i>	
A5-03.	Los profesionales médicos encargados del seguimiento de los pacientes internados, realizan evaluación de los mismos al menos dos veces al día, registrando los hallazgos en la hoja de evolución. (Verificar: Hojas de evolución)	
A5-04.	Dispone de un listado de profesionales para la realización de prácticas en las 4 especialidades básicas	
A5-05.	Se cuenta con apoyo laboratorial básico las 24 horas (verificar: contratos)	
A5-06.	Se cuenta con apoyo radiológico básico las 24 horas. (verificar: contratos)	
A5-07.	El área de internación cuenta con monitor cardíaco y desfibrilador localmente o en otra área de la institución de rápido acceso.	
A5-08.	Se registran e investigan los eventos y complicaciones no previstos en la evolución de los pacientes. <i>Ver.: libro de registro de novedades, además de las hojas de evolución</i>	
A5-09.	El acceso a los baños permiten el paso de silla de ruedas (80 cm)	
A5-10.	Las puertas de las habitaciones permiten el paso de silla de ruedas y camilla (80 cm)	
A5-11.	No existe desnivel entre el piso de la habitación y el del baño o del pasillo	
A5-12.	La puerta del baño se abre hacia el interior de la habitación	
A5-13.	En la enfermería existe lavatorio con jabón y toallas de papel	
A5-14.	En las habitaciones múltiples es preservada la privacidad del paciente. (Mamparas, cortinas, otros) (En caso de no poseer habitaciones múltiples, dar como positiva la respuesta)	

A5-15.	Las habitaciones poseen iluminación y ventilación natural.	
A5-16.	Las habitaciones poseen mobiliario adecuado	
<b>NIVEL 2</b>  La unidad de internación cuenta con manuales, rutinas, y procedimientos documentados, realiza entrenamiento continuo del personal auxiliar y técnico, y dispone de un sistema de colecta de indicadores que permite la evaluación de los procedimientos de rutina.		
A5-17.	Dispone de un Médico, de dedicación exclusiva al área de internación, por cada 20 pacientes internados	
A5-18.	El área de hospitalización cuenta con una Licenciada en enfermería por cada 20 pacientes en el turno día y una por cada 30 pacientes en el turno noche.	
A5-19.	El área de hospitalización cuenta con una auxiliar/técnica de enfermería por cada 7 pacientes en el turno día y por cada 10 pacientes en el turno noche	
A5-20.	El área dispone de sistemas de comunicación interno y externo	
A5-21.	Cada cama dispone de timbre de llamado al personal de enfermería (independientemente del teléfono)	
A5-22.	Las camas (articuladas) disponen de un mecanismo que permite distintas posiciones, tanto del tronco como de las extremidades inferiores	
A5-23.	Las habitaciones poseen un sistema de climatización adecuado	
A5-24.	El área dispone de monitor cardíaco y desfibrilador de <b>uso exclusivo</b> .	
A5-25.	Las habitaciones cuentan con instalación de oxígeno y aspiración	
A5-26.	Los baños poseen barras de apoyo para los pacientes	
A5-27.	Las puertas de las habitaciones permiten el paso de la camilla del paciente	
A5-28.	Se realizan informes que son remitidos a la dirección, a ser utilizados para la planificación de los servicios.	
<b>NIVEL 3</b>  La unidad de internación dispone de un sistema de evaluación de la satisfacción de los clientes (internos y externos) y participa activamente del programa institucional de calidad y productividad. Sus servicios están integrados al sistema de información del hospital, disponiendo de datos, tasa e indicadores que permitan la evaluación del sector y comparaciones con referencias adecuadas.		
A5-29.	Las camas disponen de un mecanismo articulado, de manejo eléctrico, que permite distintas posiciones	
A5-30.	Las unidades de internación tienen capacidad de promover el aislamiento, cuando sea necesario, de pacientes portadores de enfermedades infecto-contagiosas <i>Ver.: condiciones de aislamiento, lavatorios propios, enfermería propia, extractores de aire</i>	
A5-31.	Las habitaciones disponen de lavatorios	
A5-32.	Los baños disponen de timbre para el llamado a enfermería	
A5-33.	Existen sistema de indicadores que permite la obtención de información para mejorar los procesos gerenciales de la unidad	
A5-34.	Cuenta con comodidades para el acompañante (cama, ropas de cama, etc)	
A5-35.	Cuenta con salas de internación con antesala (suite)	
A5-36.	Se dispone de ropas desechables para los pacientes	
A5-37.	Se dispone de menú a la carta	

## A6- LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

El laboratorio de análisis clínicos realiza los exámenes de acuerdo con el grado de complejidad

Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo a la consideración de los ítems subsiguientes

### NIVEL 1

El Profesional Responsable del laboratorio tiene habilitación específica y supervisa la realización de los exámenes; cuenta con profesionales especializados y técnicos de guardia activa o a distancia, durante 24 hs. Tiene estructura para procesar los análisis que constan en el anexo A de este manual y se hace mantenimiento de los equipos. Realiza controles estadísticos de los procesos.

A6-01.	El laboratorio debe estar bajo la responsabilidad de un Profesional Bioquímico, <b>quien realiza los análisis y firma</b> todos los informes	
A6-02.	El personal que trabaja en el laboratorio recibe periódicamente (por lo menos una vez al año) capacitación en bioseguridad. (Verificación: Certificados, Manual de normas y procedimientos con un capítulo de bioseguridad)	
A6-03.	Los recursos humanos (profesionales, técnicos y auxiliares) deben tener certificación y registro del MSPyBS.	
A6-04.	El laboratorio tiene <b>guardia pasiva</b> de profesional bioquímico.	
A6-05.	El área física está acorde con las resoluciones del MSP y BS.	
A6-06.	El laboratorio cuenta con un espacio físico para extracción de material, dentro de su área física, independientemente del área de procesamiento o de trabajo	
A6-07.	Tiene depósito de reactivos adecuado. (Según las especificaciones de los reactivos y de acuerdo a las normas de bioseguridad y de almacenamiento de reactivos)	
A6-08.	Poseen un espacio señalizado destinado exclusivamente a los reactivos vencidos, hasta su desecho final	
A6-09.	El laboratorio dispone del equipamiento mínimo especificado en el <b>Anexo D</b>	
A6-10.	Puede procesar por si los análisis listados en el anexo "A".	
A6-11.	La heladera es de <b>uso exclusivo</b> y se encuentra conectada a un sistema alternativo de energía eléctrica.	
A6-12.	Existe un manual de procedimientos técnicos y el mismo es conocido por los funcionarios.	
A6-13.	Sus mecanismos de disposición de desechos contaminantes y patológicos, se adecuan a las normas del MSP y BS.	
A6-14.	Se lleva registro diario de todas la pruebas realizadas	
A6-15.	Se llevan planillas o registros de control y verificación de fecha de vencimiento de los reactivos.	
A6-16.	El laboratorio tiene capacidad para entrega de los exámenes básicos de urgencia en un tiempo máximo de 1 hora. (recuento de glóbulos rojo y blancos, glicemia, hemoglobina, pruebas básicas de coagulación-TP, TTPA, Fibrinógeno y Plaquetas)	
A6-17.	Los informes incluyen información sobre valores de referencia , conforme a la técnica utilizada.	

A6-18.	Existen programas de control interno de calidad de análisis realizados. <i>Ver: Registros, frecuencia de control, en cuales determinaciones</i>	
A6-19.	Existen y se entregan a los pacientes indicaciones escritas sobre la preparación para exámenes especiales. (Verificar: folletos impresos, disponibilidad)	
A6-20.	El sistema de rotulación de muestras está estandarizado	
A6-21.	Cuenta con un programa periódico de calibración de los equipos, la cual es registrada en una planilla y se cumple regularmente	
<b>NIVEL 2</b>		
El laboratorio tiene un manual de normas, rutinas y procedimientos; garantiza la realización de exámenes microbiológicos, con recursos propios; mantiene guardia activa las 24 hs; cuenta con un sistema de control estadístico de los exámenes realizados, revisando entre otros, el análisis de calidad de los procesos y determinación de costos		
A6-22.	El laboratorio cuenta con <b>guardia activa</b> de personal Técnico. (Verificar: contratos)	
A6-23. A	El personal tiene formación o capacitación en microbiología (con certificación: laboratorio central o entidades académicas reconocidas)	
A6-24.	La infraestructura edilicia debe estar acorde a las directivas emanadas del MSPyBS para la realización de estudios microbiológicos.	
A6-25. A	El laboratorio dispone del equipamiento mínimo especificado en el <b>Anexo E</b>	
A6-26. A	El laboratorio tiene capacidad de procesar cultivos y antibiogramas <i>Ver.: equipamiento para realización de exámenes microbiológicos. Discos para antibiograma</i>	
A6-27. A	Puede procesar por sí los análisis listados en el anexo "B".	
A6-28. A	Existen rutinas de descontaminación de los materiales después de su lectura	
A6-29. A	El laboratorio tiene sala de espera	
<b>NIVEL 3</b>		
El laboratorio tiene una estructura para realizar los exámenes que constan en el anexo C de este manual; está vinculado a un programa externo de control de calidad; el equipo del laboratorio está integrado con otros sectores del hospital; trabaja con los resultados obtenidos en el sistema de averiguación de la satisfacción de los clientes internos y externos.		
A6-30.	El laboratorio tiene <b>guardia activa</b> de 24 horas de profesional bioquímico. <i>Ver.: contratos</i>	
A6-31.	El laboratorio dispone del equipamiento mínimo especificado en el <b>Anexo F</b>	
A6-32.	El laboratorio tiene capacidad de procesar gases en sangre <i>Ver.: equipamiento para realización de exámenes de gases en sangre. Muestras al azar de estudios realizados</i>	
A6-33.	El laboratorio tiene capacidad de procesar antígenos, dosajes hormonales y otros. <i>Ver.: equipamiento para realización de dichos exámenes. Muestras al azar de estudios realizados</i>	
A6-34.	Puede procesar por sí los análisis listados en el anexo "B".	
A6-35.	El Laboratorio participa en un programa de Evaluación Externa de Calidad. <i>Ver.: registros de control de calidad externo de los últimos tres meses.</i>	
A6-36.	Se recopilan datos para realizar estudios estadísticos, cuyo análisis se utiliza para la planificación. <i>Ver.: existencia de informes estadísticos actualizados</i>	
A6-37.	Existen normas de procedimiento escritas y se difunden, aplican y evalúan periódicamente.	



<b>Anexo A</b>	<b>Anexo B</b>	<b>Anexo C</b>
<i>Hemograma</i> <i>Bilirrubina</i> <i>Orina completa</i> <i>Parasitología de heces</i> <i>Urea</i> <i>Serología básica (PCR, VDRL, ASTO, HIV, Monotest)</i> <i>Microscopía directa</i> <i>Coagulograma</i> <i>Creatinina</i> <i>Glicemia</i> <i>Grupo Sanguíneo, Factor RH</i>	<i>Enzimas cardíacas (CKT, CKMB, GOT, LDH)</i> <i>Amilaseamia</i> <i>Cultivos y antibiogramas</i> <i>Hb glicosilada</i> <i>Estudio de líquidos biológicos (LCR, articular, otros)</i> <i>Otros estudios serológicos</i> <i>Enzimas hepáticas</i> <i>Perfil lipídico</i>	<i>Gasometría</i> <i>Electrolitos</i> <i>Marcadores tumorales (CEA, PAS)</i> <i>Hormonas femeninas</i> <i>Perfil tiroideo (TSH, FT4, FT3, T3, T4)</i> <i>Marcadores virales (Hepatitis A, B, C)</i>
<b>Anexo D</b>	<b>Anexo E</b>	<b>Anexo F</b>
<i>Centrifuga para tubos estándar</i> <i>Centrifuga para micro hematocrito</i> <i>Refrigeradora de 0 a 4°C c/ Freezer</i> <i>Cámara de Neubauer</i> <i>Cronometro o reloj marcador</i> <i>Microscopio binocular</i> <i>Baño María</i> <i>Espectrofotómetro</i> <i>Estufa de esterilización</i> <i>Computadora</i>	<i>Ítems del anexo "D",</i> <i>Más:</i> <i>Estufa de cultivo</i> <i>Balanza analítica</i> <i>Jarra de CO2</i> <i>Autoclave</i> <i>Equipo capaz de realizar determinaciones especiales</i>	<i>Ítems del anexo "D" y "F",</i> <i>Más:</i> <i>Contador diferencial de células sanguíneas</i> <i>pH-metro</i> <i>Equipo de gasometría</i> <i>Equipo para electrolitos</i> <i>Equipo capaz de realizar determinaciones especiales</i>

#### **A7- DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

**En este servicio están incluido los siguientes procedimientos: Radiología General, Angiografía, Mamografía, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética, y ultrasonografía.**

**Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo a la consideración de los ítems subsiguientes**

##### **NIVEL 1**

El servicio está constituido por profesionales habilitados y está de acuerdo con las exigencias de la Dirección de Vigilancia de la Salud y con las del Departamento de Protección Radiológica y cuenta con el equipamiento compatible con el nivel de complejidad del hospital.

A7-01.	Cuenta con un medico radiólogo responsable de los informes de los exámenes realizados. <i>Ver. Certificación</i>	
A7-02.	Cuenta con un Técnico en Radiología en guardia pasiva. <i>Ver. Certificación, contrato de trabajo</i>	
A7-03.	Cuenta con un área exclusiva protegida según requisitos de seguridad exigidos.	
A7-04.	El servicio cuenta con sala de espera, vestuario, área de estudios, área de revelado y área de informe con negatoscopio.	
A7-05.	Cuenta con un equipo de 100 mA (mínimo), con dispositivo Potter Bucky.	

A7-06.	El personal conoce las medidas de bioseguridad establecidas (protección radiológica) y las cumple. <i>Ver.: Certificados, Manual de normas y procedimientos de bioseguridad, equipos de protección radiológica, dosímetros.</i>	
A7-07.	Se lleva registro diario de todos los estudios realizados. <i>Ver.: Planilla o libro de registro</i>	
A7-08.	En las urgencias el informe del médico radiólogo es inmediato, o la placa es entregada al Médico tratante.	
A7-09.	Los resultados se entregan, en un periodo no mayor de 24 horas.	
A7-10.	Se realiza un programa periódico de calibración, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, por empresas habilitadas por el MSPyBS, el cual es registrado en las planillas correspondientes.	
<b>NIVEL 2</b>		
El servicio posee manual de normas, rutinas y procedimientos, periódicamente actualizados.		
A7-11.	Cuenta con un Técnico en Radiología en horario preestablecido y en guardia pasiva.	
A7-12.	Cuenta con equipo de 200 mA con seriógrafo, intensificador de imágenes y circuito de televisión.	
A7-13.	Cuenta con equipo radiológico portátil.	
A7-14.	Existen, se aplican y revisan los protocolos de procedimiento. <i>Ver.: si existe un mecanismo formal (reuniones) para el intercambio de ideas con los médicos</i>	
A7-15.	Cuenta con un profesional médico certificado en ecografía	
A7-16.	Cuenta con Ecógrafo.	
A7-17.	Cuentan con revelado automático.	
A7-18.	Se tiene archivo de los informes radiológicos.	
A7-19.	Se realiza control en forma periódica de calidad de las imágenes obtenidas	
<b>NIVEL 3</b>		
El servicio funciona integralmente las 24 hs., con técnico en guardia activa; cuenta con equipo y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos; cuenta con aparatos de diagnostico de alta complejidad; presenta evidencias de políticas de mejoría continua de calidad. Tienen condiciones de realizar estudios radiológicos contrastados que son interpretados por médicos especialistas.		
A7-20.	Cuenta con Médicos radiólogos en horario preestablecido y en guardia pasiva.	
A7-21.	Cuenta con recursos humanos de enfermería de apoyo	
A7-22.	Cuenta con equipo de 500 mA con seriógrafo, intensificador de imágenes y circuito de televisión.	
A7-23.	Cuenta con al menos un equipo con arco en "C"	
A7-24.	Cuenta con equipamiento y medicamentos para reanimación cardio-respiratoria	
A7-25.	Cuenta con equipamiento necesario para realizar estudios invasivos (instrumentos, medicamentos y materiales descartables, vestimentas de protección)	
A7-26.	Pueden realizar estudios contrastados.	
A7-27.	Dispone de Mamógrafo	
A7-28.	Dispone de Tomografía Computarizada	
A7-29.	Dispone de otros equipos de alta complejidad (Resonancia Magnética, Gamma cámara)	
A7-30.	Se archivan las imágenes por medio digital (informático)	
A7-31.	Existen y se entregan al usuario indicaciones escritas sobre la preparación para estudios especiales. <i>Ver.: impresos</i>	

## A8- UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

La Unidad de Medicina Transfusional es responsable de las actividades que envuelven prácticas relacionadas a transfusión de sangre y hemocomponentes: promoción de la donación voluntaria, la recepción, el almacenamiento, la compatibilización de la sangre, de la correspondencia de grupos sanguíneos para los componentes, exanguíneo-transfusión, aféresis terapéuticas, flebotomías terapéuticas y del establecimiento de mecanismos de hemovigilancia. (Ley 3441/08, Resolución S.G. 972/ 06). Requisitos válidos para los tres niveles.

Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo a la consideración de los ítems subsiguientes

### NIVEL 1, 2 y 3

El hospital o sanatorio cuenta con una Unidad de Medicina Transfusional disponible que funcionara como parte de la Red Nacional de Servicios de sangre y de la cual obtiene sangre y hemocomponentes. Serán abastecidos por un Centro Productor de Hemocomponentes y deberá contar con un convenio de suministro de sangre y hemocomponentes seguros con el mismo. El personal deberá ser especializado en hemoterapia y/o hematología y el personal técnico deberá contar con título habilitante; el funcionamiento de esta unidad está de acuerdo con los patrones de control; existe un relacionamiento formal entre la unidad y el hospital.

A8-01.	La unidad de medicina transfusional estará a cargo de un profesional médico, hematólogo-hemoterapeuta o calificado por la autoridad competente <i>Ver.: contrato y certificación</i>	
A8-02.	Cuenta con Profesional Médico o Bioquímico, Lic. en Enfermería o Técnico hemoterapeuta capacitados para control de transfusiones.	
A8-03.	Cuenta con contrato de prestación de servicios con un hemoterapeuta o hematólogo médico	
A8-04.	Cuenta con un área de almacenamiento de sangre y otra para estudios inmunohematológicos.	
A8-05.	Dispone de heladera con temperatura graduada adecuada para conservación de sangre.	
A8-06.	Dispone de freezer a temperatura (menos) -20 grados para conservación de plasma.	
A8-07.	Las condiciones de reservas, transporte y validez de la sangre y sus componentes se aseguran con refrigeradores utilizados para el almacenamiento de sangre/componentes, que posean termómetros en su interior, con verificación y anotación de la temperatura cada 6horas por lo menos (excepto en el sistema automático), termómetro en el interior de la caja de transporte. <i>Ver.: Registros</i>	
A8-08.	Tiene contrato de prestación de servicio con un Centro Productor de Sangre de su área. (Central, Oviedo, Encarnación, Ciudad del Este, Concepción)	
A8-09.	Realiza estudios inmunohematológicos en el receptor. (Grupo Sanguíneo AB0, Factor Rh, búsqueda de anticuerpo irregular)	
A8-10.	Obtiene sangre y hemocomponentes del Centro Productor.	
A8-11.	Tienen normas escritas de control de calidad. (Manual de procedimientos, manual de bioseguridad) Están disponibles y actualizadas	
A8-12.	Cuenta con registro de transfusión por paciente. (Historia Clínica: solicitud, fecha de transfusión, código de hemocomponente transfundido, cantidad, tipo y responsable del procedimiento)	



A8-13.	Tiene registro de solicitudes de transfusión (Formulario proveído por Programa de Sangre)	
A8-14.	Tienen registro de reacciones adversas y las mismas son notificadas al Programa Nacional de Sangre (Formulario proveído por el Programa de Sangre)	
A8-15.	Cuenta con registro de entrada y salida (movimiento de stock) de hemocomponentes	
A8-16.	Cuenta con registro de informe estadísticos mensuales al Programa de Sangre	
A8-17.	Cuenta con un stock mínimo permanente para casos de emergencia	
A8-18.	El Servicio de Salud cuenta con comité hospitalario de transfusión sanguínea (Art 21 – Ley 3441)	

## A9- ATENCIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO

**Es la atención que incluye a la mujer gestante, puérpera y al recién nacido.**

### NIVEL 1

El servicio cuenta con los recursos humanos para la atención del parto de bajo riesgo: médico, obstetra, personal de enfermería, pediatra. Cuenta con sectores diferenciados y equipados para los procedimientos relacionados con la atención de la embarazada, puérpera y el recién nacido. Se le orienta a las madres en cuanto a la importancia del amamantamiento y otros cuidados de puericultura.

A9-01.	Cuenta con un Médico Ginecoobstetra o Licenciada en Obstetricia para atención pre-natal, en guardia activa. <i>Ver.: Certificación</i>	
A9-02.	Existe un Licenciado/a o Técnico/a en Enfermería por turno encargada de quirófano y la sala de partos, en forma exclusiva. <i>Ver.: nómina de personal</i>	
A9-03.	Dispone de cirujano en guardia pasiva.	
A9-04.	Tiene médico anestesiólogo en guardia pasiva.	
A9-05.	Cuenta con área de partos exclusiva.	
A9-06.	La sala de partos está cercana al quirófano.	
A9-07.	La sala de partos dispone de equipamiento e insumos mínimos (mesa de partos, cialítica, Pinard, ecoson, ropas estériles, caja de partos, guantes, tapa bocas, botas, gorros, termómetro, centímetro, esfigmomanómetro, etc.)	
A9-08.	Todos los ambientes cuentan con lavatorio con canillas y dispensadores de jabón que permiten el uso sin utilización de las manos y toallas desechables.	
A9-09.	La sala de partos cuenta con kit de medicamentos requeridos para la atención del parto.	
A9-10.	La sala de partos dispone de oxígeno, aspirador e iluminación adecuada.	
A9-11.	Existe sala o área climatizada para recepción y atención inmediata del recién nacido (dentro o cerca de la sala de partos)	
A9-12.	Las embarazadas realizan control pre-natal y se registran los datos en las hojas del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano) <i>Ver.: hojas del CLAP utilizadas en historias clínicas o de consultorio al azar.</i>	
A9-13.	Cuenta con sala de pre parto o habitación individual para todas las pacientes	
A9-14.	La sala de pre parto o la habitación individual cuenta con baño y ducha.	
A9-15.	La sala de pre parto (o habitaciones individuales) y sala de partos están climatizadas.	
A9-16.	Se abre historia clínica obstétrica a todas las usuarias. <i>Ver.: historias al azar, si hay registro del grupo sanguíneo y factor Rh de la madre</i>	
A9-17.	Se completa la hoja de partograma del MSPyBS. <i>Ver.: hoja de partograma en historias clínicas obstétricas al azar.</i>	

A9-18.	Se realiza monitoreo perinatal básico. (Pinard, ecoson)	
A9-19.	Tienen protocolos de procedimientos obstétricos y lo aplican. <i>Ver.: protocolos impresos. Verificar si se cumple con protocolos en el caso de las madres RH negativas no sensibilizadas.</i>	
A9-20.	La sala de recepción del recién nacido cuenta con una servocuna para la recepción del recién nacido con las siguientes prestaciones: fuente de calor, 3 compresas estériles para cada nacimiento, fuente de oxígeno, aspiración, sondas de aspiración No. 10 y 12 French, bolsa de reanimación neonatal con reservorio de oxígeno, mascarillas almohadilladas para recién nacido de pre-término y término, laringoscopio con hojas rectas No. 0 y 1, tubos endotraqueales neonatales (No. 2.5, 3, 3.5 y 4), sonda nasogástrica, termómetro, drogas (adrenalina).	
A9-21.	La sala de recepción de recién nacidos dispone de caja de cordón umbilical (tijera o bisturí, clamp, gasas estériles), ropas estériles, guantes, tapa bocas, botas, gorros, centímetro, balanza	
A9-22.	Tiene pediatra en guardia pasiva.	
A9-23.	Dispone de apoyo diagnóstico básico y tratamiento las 24 horas.	
A9-24.	Se cumplen requisitos de identificación del recién nacido. (brazalete) <i>Ver: historias al azar</i>	
A9-25.	Se registran e investigan eventos y complicaciones no previstos en la sala de partos. <i>Ver: libro de novedades, libro de parto</i>	
A9-26.	Tienen protocolos de recepción y reanimación del recién nacido y lo aplican <i>Ver.: protocolos impresos</i>	
A9-27.	Los procedimientos de recepción del recién nacido incluyen: aspiración, ligadura del cordón umbilical, peso, test de APGAR, examen físico completo, edad gestacional, profilaxis ocular, administración de vitamina K y los mismos son registrados en la hoja de recepción del Recién Nacido. <i>Ver.: hojas de recepción del Recién Nacido</i>	
A9-28.	Todos los profesionales (medico, obstetra o enfermera) que atienden el parto y recepción del RN están capacitados en reanimación del RN en sala de partos (CURSO DE REANIMACION NEONATAL)	
A9-29.	La institución participa de una red de atención perinatal efectuando traslados en embarazadas de alto riesgo según acuerdos preestablecidos.	
<b>NIVEL 2</b>		
El modelo asistencial está definido en procedimientos que garantizan la atención pre y peri – natal hasta el alta, posibilitando la acción de alojamiento conjunto. El hospital cuenta con equipo asistencial de guardia activa para la atención de embarazadas de riesgo; hay condición de recepción y reanimación del neonato, hasta su traslado a un centro de mayor complejidad, cuando sea necesario. Existe un manual de normas, rutinas y procedimientos, actualizadas periódicamente; el servicio realiza evaluación de su desempeño.		
A9-30.	Se dispone de Ecógrafo para evaluación obstétrica las 24 hs.	
A9-31.	Existe un Médico Gineco-Obstetra coordinador del área.	
A9-32.	Cuenta con médico pediatra en guardia activa	
A9-33.	Cada paciente es atendida por su Médico tratante	
A9-34.	Existe sala o área para recepción y atención inmediata del recién nacido. (una por cada dos salas de parto)	
A9-35.	La sala de recepción del recién nacido se encuentra cercana a la sala de parto	
A9-36.	El área de recepción del recién nacido dispone de oxígeno, aspirador, ambu neonatal, laringoscopio, sondas endotraqueales neonatales, sonda nasogástrica, termómetro.	

A9-37.	La sala de recepción de recién nacidos está climatizada.	
A9-38.	La sala de recepción de recién nacidos dispone de equipamiento e insumos mínimos (ropas estériles, guantes, tapa bocas, botas, gorros, centímetro, sonda nasogástrica, balanza)	
A9-39.	Se analizan periódicamente los Expedientes Clínicos para verificar su concordancia con los protocolos de manejo. (Ver: actas o informes)	
A9-40.	Son formalmente evaluadas las tasas de partos (vaginal y cesárea), uso de fórceps, mortalidad materna, natimortalidad, mortalidad neonatal precoz, bajo peso y test de APGAR	
A9-41.	La institución participa de una red de atención perinatal efectuando traslados o recepción en embarazadas de alto riesgo según acuerdos preestablecidos.	

### NIVEL 3

El Hospital dispone de una política de mejora de calidad que abarca la estructura, tecnología y actualización tecno-científica; mantiene un programa de evaluación que permite conocer un rango de satisfacción de los pacientes y utilizan esas informaciones para correcciones y planeamientos.

A9-42.	Cuenta con pediatra en guardia activa con entrenamiento en reanimación neonatal.	
A9-43.	Cuenta con Unidad de Terapia Intensiva Neonatal	
A9-44.	Cuenta con un sistema de información basada en historias clínicas perinatales, para identificar el riesgo perinatal y evaluar la calidad del servicio.	
A9-45.	El hospital dispone de un instrumento que permita al cliente registrar su opinión en cuanto a la calidad de la atención	

### A10- ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

**Corresponde a las instalaciones destinadas a la atención de los recién nacidos normales. Valido para los tres Niveles**

NIVEL 1, 2 y 3 (Requisitos para los tres niveles)

El hospital cuenta con instalaciones convenientemente acondicionadas para la atención de los recién nacidos normales, posibilitando a los padres de RN acompañar todas las fases del proceso de atención al bebe. Cuenta con personal responsable capacitado para la conducción del área.

A10-01.	Se cuenta con un personal de salud (auxiliar, técnico o licenciado) capacitado para el área	
A10-02.	<b>La sala se encuentra climatizada</b> Ver.: si el ambiente está climatizado y con temperatura controlada y adecuada para la atención del recién nacido	
A10-03.	Dispone de área de higiene del recién nacido	
A10-04.	Dispone de agua caliente las 24 hs.	
A10-05.	Cuenta con lugar de lavado con canillas y dispensadores de jabón que permiten el uso sin utilización de las manos	
A10-06.	Se abre expediente clínico y se registran en forma continua todas las novedades	
A10-07.	Se identifican y registran a todos los recién nacidos que ingresan al área	
A10-08.	Se orienta a las madres a asistir al control pediátrico precoz	
A10-09.	Dispone de luminoterapia	
A10-10.	Dispone de servo cuna	
A10-11.	Dispone de incubadora	

## A11- AREA QUIRURGICA

**Es el conjunto de elementos destinados a las actividades quirúrgicas, así como la recuperación post- anestésica y post- operatoria inmediata.**

### NIVEL 1

El hospital dispone de un área de circulación restringida, destinada a la atención de cirugías; dispone de equipamiento e instalaciones adecuadas. Las instalaciones del centro quirúrgico comprenden: salas de cirugía, lavado, área de recepción y traslado de pacientes, confort médico, vestuarios y área para recuperación post-anestésica. El equipo quirúrgico cuenta con médicos cirujanos, anestesistas, instrumentadores, equipo de enfermería y de apoyo. Se programan preferencialmente cirugías electivas de baja complejidad.

A11-01.	La atención es prestada por Médicos con título específico de cirujano, registrados y autorizados por la Dirección Médica	
A11-02.	Existe una Lic. en enfermería o un médico responsable del área y coordinador de actividades. <i>Ver.: si el responsable elabora el programa de cirugías, prevé recursos, acompaña y registra los procedimientos.</i>	
A11-03.	Cuenta con personal de enfermería asignado al área quirúrgica. (mínimo dos por procedimiento quirúrgico: una enfermera circulante y una asistente de anestesia)	
A11-04.	Se dispone de cirujano general las 24 horas en guardia pasiva	
A11-05.	El personal de enfermería se encarga de la esterilización, y de organizar las cajas de instrumentos y reponer medicamentos. <i>Ver.: la existencia del control de instrumental quirúrgico, inventario periódico del material quirúrgico.</i>	
A11-06.	Se cuenta con Hematólogo-Hemoterapeuta al llamado (en su defecto puede ser un médico calificado)	
A11-07.	Cuenta con un área física exclusiva de circulación restringida.	
A11-08.	Los quirófanos están climatizados.	
A11-09.	Cuenta con lugar de lavado con canillas y dispensadores de jabón que permiten el uso sin utilización de las manos. (o cepillos desechables que incluyen jabón antiséptico)	
A11-10.	Cuentan con zona de transferencia de camilla	
A11-11.	Dispone de vestuario final para el equipo quirúrgico	
A11-12.	El vestuario final tiene una entrada que es independiente a la que da acceso a los quirófanos.	
A11-13.	Dispone de máquina de anestesia	
A11-14.	Cuenta con equipamiento, medicamentos y materiales necesarios para reanimación y mantención cardio-respiratoria. (monitor cardíaco, desfibrilador, otros)	
A11-15.	Dispone del equipamiento adecuado: oxígeno, aire comprimido, sistema de iluminación (de emergencia), carro de anestesia, mesas de cirugía adecuadas a los procedimientos quirúrgicos.	
A11-16.	Cuenta con un lugar adecuado asignado para la recuperación anestésica.	
A11-17.	La sala de recuperación anestésica, cuenta con personal de enfermería en forma exclusiva, bajo la supervisión de un médico anestesiólogo	
A11-18.	Las instalaciones eléctricas cuentan con un sistema de descarga a tierra	
A11-19.	Se elabora descripción de técnica operatoria y se anexa al expediente clínico.	
A11-20.	Se elabora descripción de técnica de anestesia y se anexa al expediente clínico.	
A11-21.	Existe registro diario de todas las intervenciones quirúrgicas.	
A11-22.	Todo espécimen quirúrgico se envía a estudio anatomopatológico.	
A11-23.	Se registran e investigan los eventos y complicaciones no previstos, ocurridos durante el acto quirúrgico. <i>Ver: libro de novedades y libro de quirófano</i>	

A11-24.	Se dispone del equipo adecuado para la prestación quirúrgica del nivel de complejidad correspondiente.	
A11-25.	Cuenta con luces de emergencia y cialítica a batería. (o generador de electricidad)	
A11-26.	Existe un procedimiento normatizado, escrito, para la limpieza y desinfección de los quirófanos y áreas adyacentes. <i>Ver.: en las salas de cirugía condiciones de higiene y mantenimiento del ambiente. Verificar junto con el personal operacional el conocimiento de las normas de limpieza de las salas de cirugía, inclusive para las cirugías contaminadas.</i>	
A11-27.	Existe y se cumple la programación quirúrgica	
A11-28.	Dispone de apoyo diagnóstico básico y tratamiento las 24 horas.(laboratorio, radiología, transfusión, otros)	

## NIVEL 2

El servicio dispone de un programa que contempla cirugías de pequeña y mediana complejidad. Hay un flujo de atención claramente definido a través de normas relativas a la recepción, conducta quirúrgica y transferencias. Existe un control estadístico de la producción realizada lo cual es utilizado para mejorar la calidad en los aspectos clínicos y gerenciales. El equipo se mantiene actualizado en cuanto a los avances de la tecnología.

A11-29.	Se cuenta con Médicos de diferentes especialidades quirúrgicas al llamado las 24 horas.	
A11-30.	Cuenta con personal de enfermería asignado, en forma exclusiva, al área quirúrgica	
A11-31.	Cuenta con dos quirófanos diferenciados	
A11-32.	Dispone de Oxímetro de pulso en quirófano	

## NIVEL 3

Hay una política de adecuación de recursos para atender el avance tecnológico de procedimientos, diagnósticos y tratamientos quirúrgicos de pequeña, mediana y alta complejidad, cuyo fin es la mejoría continua de la calidad, la cual se apoya en un sistema de información integrado al programa institucional.

A11-33.	Existe un profesional (Licenciado/a) destinado exclusivamente al área.	
A11-34.	Existe red central de gases.	
A11-35.	Tiene quirófano exclusivo para cirugías de urgencia.	
A11-36.	Cuentan con más de dos quirófanos diferenciados y equipados por especialidad.	
A11-37.	El monitoreo se realiza por especialistas (cardiología, clínica, etc.)	
A11-38.	La institución participa en la iniciativa de Hospitales seguros y Cirugías seguras	
A11-39.	Cuenta con equipamiento para la realización de cirugías miniinvasivas (Laparoscopia, toracoscopia, otorrinolaringología, otros)	
A11-40.	Cuenta con equipo para la utilización de láser quirúrgico (Oftalmología, Dermatología, otros)	

## A12- ANESTESIOLOGÍA

**Especialidad que actúa con todos los servicios que necesiten de ellos para la realización de distintos procedimientos.**

### NIVEL 1

El hospital cuenta con profesionales capacitados para ejecutar procedimientos anestésicos básicos con seguridad; la infraestructura del Centro Quirúrgico garantiza los procedimientos básicos necesarios para la realización de esta tarea; el profesional anestesta registra las etapas del acto anestésico.

A12-01.	Los Médicos Anestesiólogos tienen registro / acreditación actualizada.	
A12-02.	El Médico Anestesiólogo es el responsable del manejo del paciente en su recuperación	



A12-03.	Existe un sistema de guardia pasiva de Anestesiólogos para cobertura de cirugías y procedimientos obstétricos de urgencia. <i>Ver.: Contrato, esquema de cobertura, listado de anestesiólogos</i>	
A12-04.	Se garantiza la prestación de servicio las 24 horas.	
A12-05.	La consulta pre-anestésica se realiza antes de la cirugía y su resultado se registra en el Expediente Clínico.	
A12-06.	En todo procedimiento quirúrgico se registran la técnica y eventos de anestesia. <i>Ver.: La hoja de evaluación pre anestésica en cinco expedientes clínicos al azar</i>	
A12-07.	Se registran e investigan los eventos no usuales en anestesia	
A12-08.	Cuenta con un programa periódico de calibración de los equipos anestésicos, y el mismo se cumple y registra. <i>Ver.: Registro de calibraciones periódicas. Contrato con empresas encargadas de dicha actividad.</i>	
A12-09.	Se aplican los protocolos de evaluación de riesgo anestésico <i>Ver.: Protocolo de control pre quirúrgico y hoja de evaluación de riesgo</i>	
<b>NIVEL 2</b>		
El modelo de atención en anestesia esta estructurado de manera a garantizar la cobertura asistencial, por medio de guardias activas para cada día de la semana; los profesionales anestesisistas actúan desde el periodo pre hasta el pos operatorio; las actividades del servicio están normatizadas, documentadas, y son monitoreadas por indicadores específicos del servicio. La infraestructura permite la realización de actos quirúrgicos de mediano riesgo.		
A12-10.	Se cuenta con un listado de anestesiólogos alternativos.	
A12-11.	Cuenta con equipo de anestesia adecuado al tipo y la complejidad de la intervención. (Maquina, tubos endotraqueales, ambu, laringoscopio) <i>Ver.: como fue el proceso de adquisición/renovación del equipamiento en los últimos años.</i>	
A12-12.	Existen, se aplican y revisan periódicamente los protocolos de anestesia	
<b>NIVEL 3</b>		
Los profesionales del servicio son especialistas; trabajan con protocolos clínicos definidos por el equipo y realiza actividades de actuación técnico profesional periódicas; el servicio coordina regularmente las actividades de evaluación del desempeño técnico del equipo y trabaja con el objeto de mejoría continua; la incorporación tecnológica del sector es planeada de acuerdo con el perfil de la institución y de los indicadores monitoreados. La infraestructura es adecuado para la realización de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo.		
A12-13.	Existe un Médico Anestesiólogo coordinador, responsable del área de Anestesiología	
A12-14.	Se verifica la concordancia de los protocolos con los Expedientes Clínicos.	
<b>A13- CONTROL DE INFECCIONES</b>		
<b>Es la supervisión y control de las infecciones hospitalarias en los pacientes (internos y externos)</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital cuenta con profesionales habilitados (médicos, bacteriólogos, personal de enfermería) con conocimientos de técnicas de asepsia; sus funcionarios reciben entrenamiento sistematizado y específico de esta iniciativa. Tiene capacidad de aislamiento para pacientes portadores de enfermedades infecto – contagiosas; realiza vigilancia epidemiológica de los pacientes internados.		
A13-01.	Cuenta con un Comité de Infecciones Intrahospitalaria, cuya dirección esta a cargo del Director de la Institución o del Director Médico y está integrado por la jefa de enfermería, un médico clínico y el administrador. <i>Ver.: acta de conformación del comité</i>	

A13-02.	Cuenta con normas escritas para el control de infecciones. <i>Ver.: normas impresas, verificar evidencias de conocimiento y entrenamiento sobre las mismas</i>	
A13-03.	Se dispone de un libro de actas del comité de infecciones. <i>Ver.: libro de actas</i>	
A13-04.	Se tiene normatizado el estudio y seguimiento de pacientes infectados	
<b>NIVEL 2</b> El hospital cuenta con una persona responsable de las acciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones hospitalarias: posee manual de normas y procedimientos escritos; realiza acciones sistemáticas y continuas de vigilancia epidemiológica y de monitoreo y entrenamiento de los funcionarios.		
A13-05.	El Comité de Infecciones Intrahospitalaria está dirigido por el Director de la Institución o el Director Médico y está integrado por profesionales y técnicos de: medicina interna, enfermería, farmacia, laboratorio y administración.	
A13-06.	Cuenta con un profesional, con conocimientos de epidemiología, encargado del control de infecciones y métodos activos de vigilancia epidemiológica. <i>Ver.: designación, contrato, y perfil del encargado</i>	
A13-07.	Se registran las infecciones hospitalarias <i>Ver.: libro de registros</i>	
A13-08.	Se efectúan estudios de prevalencia cada 3 meses <i>Ver: informes de los estudios</i>	
A13-09.	La Licenciada en Enfermería que integra el Comité de Infecciones Intrahospitalarias depende, para dichas funciones, exclusivamente del Director del Comité.	
<b>NIVEL 3</b> El hospital dispone de un servicio de control hospitalario, con un programa basado en definiciones preestablecidas y orientación por sistemas que posibilitan la comparación entre instituciones semejantes; posee un sistema estructurado y de contrarreferencia para detección y control de casos de infección hospitalaria.		
A13-10.	El Comité de Infecciones, revisa anualmente los programas de prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias	
A13-11.	Se realiza el monitoreo de cepas bacteriológicas y su resistencia antibiótica en pacientes internados.	
A13-12.	Se intercambia datos con otros centros asistenciales (consultorios, puestos de salud y otros hospitales) para controlar las acciones de prevención y detección de casos de infección intrahospitalaria	
<b>A14- UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS</b> <b>Es una unidad destinada a la internación de pacientes críticos que requieren atención médica y de enfermería permanente, con dotación propia de personal técnico y profesional especializado, con equipamiento específico propio y otras tecnologías destinadas al diagnóstico y tratamiento. Se consideran pacientes críticos aquellos con desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación, pero, potencialmente reversibles.</b>		
<b>NIVEL 3</b> Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo a la consideración de los ítems subsiguientes		
A14-01.	Cuenta con un Médico Jefe de la Unidad, especialista en Terapia Intensiva. <i>Ver.: títulos habilitantes, certificado y experiencia laboral</i>	
A14-02.	Cuenta con Médico de guardia activa con experiencia de por lo menos un año en Terapia Intensiva, y que haya hecho cursos de resucitación avanzada (ACLS Advanced Cardiac Life Support – ATLS Advanced Trauma Life Support o similares) <i>Ver.: Certificación por institución competente</i>	

A14-03.	Dispone de una Licenciada en Enfermería con postgrado y experiencia de 3 años como mínimo en UCIA, que ejerce la coordinación de actividades.	
A14-04.	Las Licenciadas en Enfermería tienen postgrado en UCIA	
A14-05.	Tiene una Licenciada en Enfermería por cada dos camas.	
A14-06.	Cuenta con Planta Física adecuada.	
A14-07.	Cuenta con un área exclusiva con circulación restringida.	
A14-08.	Se dispone de una sala de aislamiento por cada 10 camas o fracción	
A14-09.	Se dispone del equipamiento adecuado requerido para la prestación del servicio <i>Ver.: listado de equipamiento, agregar fuente de luz adecuada</i>	
A14-10.	Dispone de servicios de apoyo diagnóstico las 24 horas.(laboratorio, imagenología, electrodiagnóstico, etc.)	
A14-11.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en hemoterapia las 24 horas	
A14-12.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en Neurocirugía	
A14-13.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en Anestesiología las 24 horas	
A14-14.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en Fisioterapia	
A14-15.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en Nutrición (alimentación enteral y parenteral) <i>Ver.: bomba de infusión enteral, una por cama</i>	
A14-16.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal (las 24 horas)	
A14-17.	Existen protocolos de tratamiento escritos y los mismos se aplican y revisan periódicamente	
A14-18.	Se verifica en los Expedientes clínicos la concordancia con los protocolos de manejo.	
A14-19.	Se registran e investigan los eventos no usuales y complicaciones.	
A14-20.	Se hace análisis mensual de la mortalidad, morbilidad, índice de infecciones en la unidad, índice ocupación día/cama.	

#### A15- UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

**Es una unidad destinada a la internación de pacientes críticos que requieren atención médica y de enfermería permanente, con dotación propia de personal técnico y profesional especializado, con equipamiento específico propio y otras tecnologías destinadas al diagnóstico y tratamiento. Se consideran pacientes críticos aquellos con desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación, pero, potencialmente reversibles.**

##### NIVEL 3

Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo a la consideración de los ítems subsiguientes

A15-01.	Cuenta con un Médico Jefe de la Unidad, especialista en Terapia Intensiva pediátrica. <i>Ver.: títulos habilitantes, certificado y experiencia laboral</i>	
A15-02.	Cuenta con Médico de guardia activa con experiencia de por lo menos un año en Terapia Intensiva Pediátrica, y que haya hecho Cursos de reanimación pediátrica avanzada <i>Ver.: Certificación por institución competente</i>	
A15-03.	Dispone de una Licenciada en Enfermería con experiencia de 3 años como mínimo en UCIP, que ejerce la coordinación de actividades	
A15-04.	Tiene una Licenciada en Enfermería por cada dos camas.	
A15-05.	Cuenta con Planta Física adecuada.	
A15-06.	Cuenta con un área exclusiva con circulación restringida	
A15-07.	Se dispone de una sala de aislamiento por cada 10 camas o fracción	
A15-08.	Se dispone del equipamiento adecuado requerido para la prestación del servicio <i>Ver.: listado de equipamiento, agregar fuente de luz adecuada</i>	



A15-09.	Dispone de servicios de apoyo diagnóstico las 24 horas. (laboratorio, imagenología, electro diagnóstico, etc.)	
A15-10.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en <b>Neurocirugía, Cirugía Pediátrica</b>	
A15-11.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en <b>Anestesiología</b> las 24 horas	
A15-12.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en <b>hemoterapia</b> las 24 horas	
A15-13.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en <b>fisioterapia</b>	
A15-14.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en nutrición (alimentación enteral y parenteral) <i>Ver.: bomba de infusión enteral, una por cada 6 camas o fracción</i>	
A15-15.	Dispone de servicios de apoyo terapéutico en <b>hemodiálisis o diálisis peritoneal</b> (las 24 horas)	
A15-16.	Existen protocolos de tratamiento escritos y los mismos se aplican y revisan periódicamente	
A15-17.	Se verifica en los Expedientes clínicos la concordancia con los protocolos de manejo.	
A15-18.	Se registran e investigan los eventos no usuales y complicaciones.	
A15-19.	Se hace análisis mensual de la mortalidad, morbilidad, índice de infecciones en la unidad, índice ocupación día/cama.	

### Anexos para Terapia Intensiva Adultos y Pediátrica

#### Anexo A: Infraestructura

- o 9 a 10m2 por cama
- o 8 tomacorrientes por cama
- o 1 toma para radiología (a máximo 15 m)
- o Cuenta con lugar de lavado con canillas y dispensadores de jabón que permiten el uso sin utilización de las manos.1 cada 2 camas
- o Sistema de climatización
- o Paredes lavables
- o Uniones piso - pared - techo redondeadas
- o Grupo electrógeno propio o fuente alternativa
- o Enfermería con acceso visual permanente a los pacientes
- o Sistema de gases con red principal, válvula de sección y panel de alarma de emergencia
- o Puntos: 2 de oxígeno, 1 de vacío y 2 de aire medicinal
- o Altura de las tomas a 1,50 m del piso
- o Iluminación por luz natural (ventana)
- o Paredes de los boxes transparentes desde la altura de la cama hasta 2 m de altura

#### Anexo B: Equipamiento

- o Camas de tipo Fowler o similares con ruedas y barandas laterales
- o Desfibrilador sincronizado con monitor (una cada 8 camas)
- o Respirador volumétrico o a presión, 1 por cama
- o 1 monitor cardíaco por cama
- o 1 Oxímetro de pulso por cama
- o 1 bomba de nutrición enteral por cada 5 camas
- o Monitoreo de presión venosa central, 1 por cama.
- o Monitoreo de presión invasiva, 1 por 3 camas
- o 3 Bombas de infusión parenteral por cama
- o Marcapaso cardíaco transitorio, 1 por cada 10 camas
- o 1 Esfigmomanómetro y 1 termómetro por cama
- o Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo (tubos, laringoscopios, bolsas, máscaras, ambu y drogas necesarias para paro cardiorespiratorio) 1 cada 8 camas
- o Cajas para procedimientos (drenaje torácico, punción pericárdica, curaciones, flebotomías, vía venosa central, punción lumbar, sondaje vesical, traqueotomía, punción arterial)
- o Luz tipo cialítica para procedimientos 1 por unidad o transportables
- o Electrocardiógrafo 1 para toda la unidad
- o Oftalmoscopio, Otoscopio
- o Negatoscopio
- o Aspirador portátil
- o 1 respirador de transporte
- o (Pediatria)1 camilla de transporte con monitor portátil de oxígeno y ECG

## A16- ENDOSCOPIA

### NIVEL 1

A16-01.	La atención es prestada por Médicos especialistas y personal de enfermería	
A16-02.	Se registra en el Expediente Clínico el procedimiento realizado	
A16-03.	Se tiene un libro de registro de procedimientos de endoscopia	
A16-04.	Se realiza un informe pormenorizado del procedimiento y se adosa al expediente	
A16-05.	Se cuenta con métodos de desinfección de equipos endoscópicos	
A16-06.	Se cuenta con programas de mantenimiento periódicos de equipos endoscópicos	

### NIVEL 2

A16-07.	Las urgencias se realizan inmediatamente (antes de 60 ´)	
A16-08.	El servicio se ofrece las 24 horas al llamado	
A16-09.	Las citas para exámenes están disponibles en un plazo no mayor al de 3 días	
A16-10.	Existen indicaciones impresas para la preparación de los pacientes	
A16-11.	El procedimiento incluye la toma de fotografías de las lesiones encontradas	
A16-12.	Se utilizan diferentes endoscopios para endoscopías digestivas altas y bajas	

### NIVEL 3

A16-13.	Cuenta con un área exclusiva para la realización de los procedimientos	
A16-14.	Se realizan procedimientos endoscópicos complejos (con apoyo del área de radiología)	
A16-15.	Se realizan endoscopías terapéuticas (papilotomía, resección de pólipos)	
A16-16.	El procedimiento incluye el registro en medios magnéticos o digitales (VHS o DVD)	
A16-17.	Se hace análisis periódico de los datos estadísticos para ulterior planificación	
A16-18.	El responsable del servicio revisa periódicamente los resultados de los exámenes para verificar la pertinencia de su utilización	

## A17- ELECTRODIAGNÓSTICO

Propio	Contrato	Propio	Contrato	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Electrocardiografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Audiometría	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Electroencefalografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Potenciales evocados	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Electromiografía			

### NIVEL 3

A17-01.	Existe médico responsable, auxiliar de enfermería y técnico en electrodiagnóstico	
A17-02.	Cuenta con un área destinada para la prestación del servicio o lo realiza a través de un contrato	
A17-03.	Cuenta por lo menos con dos de los servicios (propios o contratados)	
A17-04.	Se archiva en la historia clínica el resultado del procedimiento realizado.	
A17-05.	La cita para exámenes de urgencia es posible fijarla en el día	
A17-06.	Existen normas que se cumplen y revisan	
A17-07.	La cita para los exámenes no demora más de 3 días	
A17-08.	Los resultados están disponibles en un plazo no mayor de 24 horas	

## A18- REHABILITACIÓN

El servicio de rehabilitación es responsable de la asistencia en fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional y otras acciones para la reintegración del paciente a la comunidad; con el objetivo de volverlo apto para ejecutar las actividades básicas para su autosuficiencia y capacidad productiva.

### NIVEL 1

A18-01.	El servicio es prestado por fisioterapeutas y auxiliares terapeutas	
A18-02.	Dispone de un área exclusiva	
A18-03.	Existe un registro (fichas, expedientes) de los pacientes en tratamiento	
A18-04.	La atención se presta por lo menos 12 horas semanales	
A18-05.	Existe contrato o convenio con instituciones para las referencias oportunas, en caso de tratamientos más complejos	

### NIVEL 2

A18-06.	Cuenta con un profesional universitario, fisiatra o terapeuta, responsable <i>Ver.: contrato, certificados y títulos</i>	
A18-07.	Cuenta con un consultorio destinado al examen de pacientes a ser sometidos a rehabilitación	
A18-08.	La atención se presta por lo menos 24 horas semanales	

### NIVEL 3

A18-09.	Cuenta con el equipamiento adecuado. <i>Ver.: barras paralelas, espejo de pared, escalera, plano inclinado, bicicleta fija, colchones y cuerdas, horno de Bier, ondas cortas, rayos infrarrojos y ultravioleta</i>	
A18-10.	Se dispone de protocolos de manejo de pacientes de acuerdo a su afección de base	
A18-11.	Dispone de espacio físico adecuado al equipamiento requerido	
A18-12.	Ofrece servicios de rehabilitación en otras sub-especialidades <i>Ver.: contratos</i>	
A18-13.	Posee un gimnasio para rehabilitación ortopédica, neurológica y cardiovascular.	
A18-14.	La atención se presta por lo menos 30 horas semanales	
A18-15.	Se realiza seguimiento de la evolución de los usuarios, para verificar los progresos obtenidos. <i>Ver.: informes sobre progresos evolutivos del paciente, encuestas sobre satisfacción de los usuarios.</i>	
A18-16.	Existe apoyo psicológico para los pacientes.	
A18-17.	Cuenta con un taller de terapia ocupacional	

## A19- ENFERMERÍA

El Departamento de enfermería comprende: previsión, organización y administración de recursos para la atención y cuidado de los pacientes, de modo sistematizado, respetando los preceptos éticos y legales de la profesión

### NIVEL 1

El responsable del Departamento tiene título de Licenciatura en Enfermería. Los procedimientos y controles de signos vitales de los pacientes internados son registrados en los expedientes clínicos con un intervalo no mayor a 6 horas. Se dispone de un local destinado a las anotaciones de enfermería (Puesto de enfermería). La distribución del equipo consta de turnos de acuerdo con la habilitación requerida y ajustada a las normas locales.

A19-01.	Cuenta con una Lic. en Enfermería que ejerce la jefatura a tiempo completo. <i>Ver.: registro del responsable del departamento</i>	
A19-02.	Se tiene un área destinada a la enfermería (Puesto o estación de enfermería)	

A19-03.	Cuenta con el equipamiento e insumos necesarios (Heladera, botiquín de medicamentos, esfigmomanómetro, termómetro, otros)	
A19-04.	La enfermería cuenta con lavatorio con canilla y dispensador de jabón, que permite el uso sin utilización de las manos, y toallas desechables.	
A19-05.	Cuenta con cuadro de turnos para la distribución del personal. <i>Ver.: si en la elaboración de los turnos está asegurada la cobertura o disponibilidad del personal durante las 24hs.</i>	
A19-06.	El personal de enfermería registra todas las novedades del paciente en el Expediente Clínico <i>Ver.: en la hoja de enfermería el registro de la realización de los procedimientos relativos a la prescripción médica y los controles pertinentes en la hoja de enfermería de varios expedientes.</i>	
A19-07.	Se realiza la entrega de turno por paciente en forma verbal y escrita en cuaderno de enfermería	
A19-08.	Se realizan reuniones periódicas de coordinación con todo el personal y éstas deben asentarse en un libro de acta	
A19-09.	La Jefa de Enfermeras/os participa en la planificación de la asistencia de enfermería y dirige el desarrollo de protocolos de atención	
A19-10.	Existen, se cumplen y revisan los Manuales de Procedimientos	
A19-11.	Cuentan con uniforme e identificación	
A19-12.	La Enfermera Jefe participa y brinda información a todo el personal de enfermería, de las metas, proyectos y realizaciones de la institución	
A19-13.	Las Enfermeras/os participan en los aspectos educativos y preventivos del paciente y su familia	

## NIVEL 2

Los Supervisores tienen título de Licenciada/o en Enfermería y participan de la selección y entrenamiento del personal, observan normas, procedimientos y rutinas operacionales escritas, y elaboran registros y estadísticas para la toma de decisiones clínicas y generales, y eventuales auditorías internas; los profesionales de enfermería con menos de un año de servicio en el hospital reciben instrucciones específicas en el establecimiento.

A19-14.	La institución dispone de por lo menos dos Licenciadas en enfermería por turno (una en cirugía y otra en internación).	
A19-15.	Cuenta con una Licenciada en Enfermería por turno	
A19-16.	La Licenciada Jefa de Enfermería cuenta con una oficina para su uso	
A19-17.	La preparación y administración de medicamentos pueden ser realizados por una auxiliar o técnica en enfermería, bajo la supervisión de una Licenciada en Enfermería.	
A19-18.	Cumplen con un programa de capacitación en forma continua <i>Ver.: si todo profesional de enfermería admitido por el hospital recibe entrenamiento teórico-práctico administrado por Lic. en enfermería.</i>	
A19-19.	En cada puesto de enfermería existe un manual de normas e instrucciones actualizadas sobre procedimientos de rutina del servicio (manuales de organización y procedimientos).	
A19-20.	Cuenta con un lugar para cambio de ropas y descanso	

## NIVEL 3

El programa de trabajo del departamento de enfermería evidencia la adecuación de nuevas tecnologías controlando la calidad de la asistencia prestada y evaluándola continuamente

A19-21.	La Jefa de Enfermeras/os tiene dedicación exclusiva al área de enfermería	
A19-22.	La Licenciada Jefa de enfermería participa en el Comité de infecciones intrahospitalarias	

A19-23.	La preparación y administración de los medicamentos y procedimientos especiales los realiza una Licenciada en Enfermería.	
<b>A20- NUTRICIÓN</b>		
<b>Se ocupa de indicación de la preparación de alimentos nutricionalmente balanceados y dietas adecuadas a las necesidades específicas del paciente, como así también una educación nutricional.</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital cuenta con profesionales habilitados para el desenvolvimiento de las actividades de nutrición y dieta. Tiene estructura básica que permite la ejecución de las tareas específicas relacionadas con el sector.		
A20-01.	La responsabilidad en el diseño de las dietas corresponde a un Nutricionista. (Licenciados/as o Médicos/as)	
A20-02.	Se registra en el Expediente Clínico la dieta que requiere el paciente	
A20-03.	Cuenta con manual de dietas. Ver.: si se dispone de un listado de dietas básicas para las patologías de mayor predominio en la institución y si las mismas se encuentran detalladas en cuanto a nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.	
A20-04.	Se lleva registro diario de todas las raciones alimentarias distribuidas a los pacientes	
<b>NIVEL 2</b>		
La responsable del área de nutrición planea y compra provisiones y posee normas de preparación de los alimentos; hay planeamiento y ejecución de visita diaria a los pacientes, el hospital posee capacidad para efectuar alimentación enteral con bomba de infusión; las acciones del servicio están claramente dirigidas al paciente; se evalúa periódicamente la satisfacción de los usuarios.		
A20-05.	La nutricionista participa en el equipo de soporte nutricional	
A20-06.	Cuenta con Nutricionista - Dietista responsable del Servicio	
A20-07.	Existen normas y rutinas escritas, de fácil comprensión para los funcionarios de los siguientes ítems: recepción de los alimentos, preparación de los mismos, técnicas de conservación de alimentos.	
A20-08.	Se realiza control bacteriológico y bromatológico de los alimentos (ver: registros o informes de control bacteriológico y bromatológico)	
A20-09.	Cuenta con bombas de infusión para nutrición enteral	
A20-10.	Se realizan relevamientos periódicos de encuestas de satisfacción de los usuarios con respecto al menú su, calidad y su temperatura.	
<b>NIVEL 3</b>		
El hospital posee equipo multiprofesional que participa en programas de educación alimenticia; existen actividades de control de calidad en todas las etapas del proceso; el servicio de nutrición supervisa la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos.		
A20-11.	La nutricionista cuenta con oficina – consultorio	
A20-12.	Cuenta con bombas de infusión para nutrición enteral	
A20-13.	Existen indicadores de control de calidad en todas las fases del proceso: recepción y almacenamiento de alimentos, preparación, cocción y distribución.	

A20-14.	Los funcionarios del área son periódicamente entrenados en procedimientos que mejoran la calidad de los servicios.	
A20-15.	Verificar si el área física se encuentra dividida en área de pre-preparación (área fría) y área de preparación y cocción (área caliente)	
A20-16.	Se cuenta con un área para preparación de formulas lácteas con las siguientes características: área de higienización, área de preparación. normas específicas sobre el modo de preparar las diferentes formulas.	
A20-17.	Se recogen muestras de las preparaciones semanalmente y se hacen análisis microbiológicos	
A20-18.	En el área de internación pediátrica hay un local especial para la preparación de fórmulas lácteas. <i>Ver.: si se dispone de normas específicas sobre el modo de preparación de las diferentes fórmulas, en un lenguaje accesible para el personal no especializado.</i>	
A20-19.	La Nutricionista realiza control diario de los pacientes hospitalizados	
A20-20.	Dispone de equipo multiprofesional que educa al paciente en sus hábitos alimenticios según sus patologías.	
<b>A21- ASISTENCIA SOCIAL</b>		
<b>Se refiere a la atención prestada tanto al paciente como a sus familiares en las relaciones sociales, al análisis de las condiciones económicas, transporte, reintegración familiar y además actividades tales como la movilización de recursos comunitarios.</b>		
NIVELES 1, 2 y 3 (Acreditación)		
Cuenta con un profesional habilitado en servicio social, con disponibilidad de tiempo para entrevistas y reuniones, en un local que preserve la dignidad del paciente. La unidad dispone de manual conteniendo normas, rutinas y procedimientos escritos actualizados y equipo entrenado sistemáticamente. Mantiene controles estadísticos de los casos atendidos y los resultados alcanzados. La unidad trabaja en forma integrada con todas las unidades del hospital desenvuelve activamente extra hospitalarias, como visitas a domicilio, contratos con la comunidad, relaciones institucionales y de identificación de grupos de riesgo.		
A21-01.	Cuenta por lo menos con un profesional de servicio social	
A21-02.	Cuenta con un local adecuado, preservando la privacidad del paciente.	
A21-03.	Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente. <i>Ver.: las normas existentes, su disponibilidad, la fecha de la última actualización y su conocimiento por los miembros del servicio.</i>	
A21-04.	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional	
A21-05.	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo. <i>Ver.: la frecuencia de sus acciones, informes de visitas a domicilio, archivo de notas e informes etc.</i>	
A21-06.	Existe un archivo de expedientes socio-económicos de los pacientes	
A21-07.	Verificar si el servicio ofrece atención a los funcionarios de la institución.	



## B- ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO

### B1- Dirección

Incluye las autoridades, individuos o grupos que desarrollan las políticas de la institución y controlan su ejecución.

#### NIVEL 1

La institución es conducida por un director que asegura la continuidad de las acciones administrativas y asistenciales

B1-01.	Cuenta con un director/a que certifique experiencia y/o formación en gestión hospitalaria y coordina la ejecución de las actividades.	
B1-02.	El director/a permanece un tiempo mínimo de 4 horas diarias los días hábiles.	
B1-03.	La institución dispone de un área destinada a la dirección	
B1-04.	Existe un organigrama y el mismo está acorde con la estructura administrativa vigente	
B1-05.	En horas y días no hábiles hay un responsable, delegado de la dirección	
B1-06.	Periódicamente se hace reuniones con todo el personal y se registra en actas los temas desarrollados.	
B1-07.	La Dirección tiene elaborado, por escrito, planes, programas y metas a corto y largo plazo. (ver: documentos impresos)	
B1-08.	La Dirección mantiene informado al personal sobre el desarrollo de los planes, programas, y cumplimiento de las metas	
B1-09.	El director visita periódicamente los servicios y dialoga con sus funcionarios	
B1-10.	Se cuenta con un plan de contingencias que garantice la operación de la institución	

#### NIVEL 2

La Dirección dispone de normas, rutinas y procedimientos para su actuación, ya sea como contribuir y orientar el proceso del planeamiento y evaluación organizacional. El planeamiento formulado por la dirección presenta aspectos orientados para la atención y cuidados al paciente.

B1-11.	Cuenta con un director de tiempo completo (6 horas), con formación administrativa en el área de la salud. <i>Ver.: si el director general tiene formación administrativa para gerenciar los servicios de salud</i>	
B1-12.	Existe y opera un comité (Director Administrativo, Director Médico, Jefa de Enfermería) u otro mecanismo que aseguren el correcto funcionamiento y coordinación de la Institución <i>Ver.: Actas de reuniones del comité</i>	
B1-13.	La información financiera es utilizada por la dirección para la toma de decisiones. <i>Ver.: la existencia de procedimientos de acompañamiento y evaluación del desempeño económico y financiero</i>	
B1-14.	Se tienen claramente establecidos los objetivos, la misión y los valores de la Institución, se hace su difusión permanente y se vela por su cumplimiento.	
B1-15.	Las políticas y programas de la Institución, van acordes con su misión, valores y objetivos	
B1-16.	Se elabora anualmente el plan general de la Institución, con participación de las diferentes dependencias	
B1-17.	La Dirección recibe y analiza los informes y estadísticas	
B1-18.	Se motiva al personal de la institución hacia una política de mejoramiento de la calidad	



B1-19.	Existe un manual de normas, rutinas y procedimientos administrativos. <i>Ver.: la existencia de documentos que revelen la memoria de los procesos administrativos-gerenciales, y de tomas de decisión institucional ( actas)</i>	
B1-20.	La institución tiene un comité de control de calidad. <i>Ver: protocolos y actas</i>	
B1-21.	Se cuenta con un plan de emergencias institucional.	

### NIVEL 3

La Dirección planea, desarrolla y coordina la ejecución y evalúa los resultados basados en los indicadores de desempeño y tasas de informaciones comparativas. Su acción apoya el funcionamiento de un sistema de información eficiente, lo cual permite la evaluación de la actividad administrativa y de los niveles de satisfacción de los clientes externos e internos.

B1-22.	La Institución cuenta con un Directorio (o Consejo Directivo) con una secretaría general. <i>Verificar la existencia de una escala de metas, indicadores de desempeño, e informaciones para la toma de decisión</i>	
B1-23.	La institución tiene una unidad administrativa de auditoria interna. <i>Verificar evidencias de un sistema de evaluación de la dirección en el cumplimiento de sus atribuciones</i>	
B1-24.	La institución tiene una unidad de auditoria médica	

## B2- ADMINISTRACIÓN

**Corresponde al área o unidad que gerencia los recursos financieros, materiales y humanos de la institución.**

### NIVEL 1

El hospital dispone de responsables habilitados o capacitados para la administración de recursos humanos, materiales y financieros.

B2-01.	El responsable es una persona con formación (técnica o profesional) y experiencia en el área administrativa <i>Ver.: certificación, titulo</i>	
B2-02.	Cuenta con un área destinada al efecto. <i>Ver.: si las instalaciones físicas de este sector son compatibles con la capacidad instalada y los servicios ofrecidos</i>	
B2-03.	Existen procedimientos de adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables. <i>Ver.: los procesos de adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, así como la existencia de registros, manejo y gerenciamiento de bienes</i>	
B2-04.	Existen responsables de la cobranza, control de inventario general y administración de los recursos financieros.	

### NIVEL 2

Cuenta con responsables del área con habilitación específica, con manuales de normas, rutinas y procedimientos administrativos documentados y aplicados. El área de administración: tener en cuenta ingresos, suministros, patrimonio y servicios generales.

B2-05.	Cuenta con manual de funciones procedimientos administrativos <i>Ver.: manual de funciones</i>	
B2-06.	El responsable elabora el reglamento interno y supervisa su cumplimiento	
B2-07.	El responsable es una persona con formación profesional administrativa (Licenciatura) <i>Ver.: copia del título</i>	
B2-08.	El responsable planea , ejecuta, supervisa y evalúa las actividades administrativas	
B2-09.	Dependen de él el área de personal, el área de suministros y el área contable	
B2-10.	Existen procedimientos de evaluación de la calidad de los productos y servicios adquiridos.	

<b>NIVEL 3</b>		
La administración realiza los procesos de control y gerenciamiento de adquisición de insumos y tecnología conjuntamente con la dirección de la institución; su acción apoya el proceso de planeamiento institucional y alimenta al sistema de información generando tasas, indicadores, e informaciones comparativas para implementar mejoras.		
B2-11.	Existe un control externo de auditoría financiera y de gestión (ver. Informes escritos, traer copia)	
B2-12.	El responsable participa en los comités administrativos <i>Ver.: el proceso del planeamiento y gerenciamiento de adquisición de insumos, materiales y tecnologías</i>	
<b>B3- FINANZAS</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
B3-01.	Existe un funcionario (auxiliar contable) que se ocupa del manejo financiero, y rinde cuenta al director. <i>Ver.: la certificación profesional de dicho responsable.</i>	
B3-02.	El Director presenta un informe financiero anual	
B3-03.	En el caso de Instituciones privadas, se presenta la declaración jurada de renta del ejercicio anterior. (En caso de instituciones públicas autárquicas presentan su informe financiero del último año. (En caso de instituciones públicas no autárquicas corresponde a una respuesta "si")	
B3-04.	Se presenta la última declaración jurada de IVA. (En caso de instituciones públicas corresponde a una respuesta "si")	
<b>NIVEL 2</b>		
B3-05.	Existe un responsable del sector de finanzas (técnico o profesional) <i>Ver.: la certificación profesional de dicho responsable.</i>	
B3-06.	Cuenta con una oficina	
B3-07.	Se elabora un presupuesto anual de ingresos y gastos,	
B3-08.	Se realiza un seguimiento presupuestario mensual con informe a la dirección (ver: informes)	
B3-09.	Se realizan informes financieros periódicos y oportunos, que permitan el control y la toma de decisiones.	
B3-10.	Se cuenta con registros de costos actualizados conforme a las normas técnicas y fiscales <i>Verificar la existencia de reglamentos internos y rutinas administrativas para la adquisición de materiales; y registro de proveedores.</i>	
B3-11.	Existen procedimientos de evaluación de la calidad de los productos y servicios adquiridos.	
<b>NIVEL 3</b>		
B3-12.	Se elaboran estados financieros anuales y éstos son auditados por un ente independiente u organismo público autorizado. <i>Ver.: balance anual</i>	
B3-13.	El responsable del área es un profesional con formación y experiencia en el área financiera	
B3-14.	El último balance se pone a disposición del público (opcional) (publicación en periódicos o en un lugar visible)	
B3-15.	Se presenta un balance social (exoneraciones, donaciones) de la institución	
<b>B4- RECURSOS HUMANOS</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
B4-01.	Tiene un responsable del área	
B4-02.	La institución facilita la actualización y adiestramiento en servicio.	
B4-03.	Se archivan y actualizan los legajos del personal	
B4-04.	La institución cuenta con reglamentos interno y el personal recibe una copia	
B4-05.	Cada uno conoce sus funciones y responsabilidades	
B4-06.	Se evalúa periódicamente el desempeño	

<b>NIVEL 2</b>		
B4-07.	El área es manejada por un responsable de recursos humanos que certifique experiencia.	
B4-08.	Se cuenta con una definición de competencias de desempeño del personal institucional.	
B4-09.	Los responsables de los servicios participan en la selección del personal que estará a su cargo.	
B4-10.	La selección de empleados se realiza en función de su competencia. <i>Ver.: si la gerencia de recursos humanos desempeña actividades de selección, entrenamiento, reciclaje, desarrollo y evaluación del desempeño</i>	
B4-11.	Se dispone de un cronograma de vacaciones que garantice la cobertura de los servicios.	
B4-12.	Se cuenta con un plan de capacitación del personal.	
B4-13.	Se realiza la evaluación anual del desempeño del personal.	
<b>NIVEL 3</b>		
B4-14.	El área es manejada por un encargado de RRHH	
B4-15.	Cuenta con oficina de personal	
B4-16.	Existe un sistema de promoción interna y formación profesional (ver plan de formación, y promoción interna)	
<b>B5- SUMINISTROS</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
B5-01.	Existe funcionario responsable del departamento	
B5-02.	Se lleva control de fecha de vencimiento de los insumos	
B5-03.	Existe inventario de elementos devolutivos y de consumo	
B5-04.	Existen normas y procedimientos para el manejo de la adquisición y almacenamiento de suministros	
B5-05.	Se tienen en cuenta las necesidades de la institución para programar las compras	
<b>NIVEL 2</b>		
B5-06.	El área de suministros asegura la provisión constante de todos los recursos materiales necesarios para el funcionamiento de la Institución <i>Ver. Control de Stock</i>	
B5-07.	Cuenta con un área física de acceso restringido para almacenamiento y oficina de suministros	
B5-08.	Los elementos del almacén se encuentran clasificados y ordenados	
<b>NIVEL 3</b>		
B5-09.	Se encuentran codificados los elementos del almacén	
B5-10.	Existe registro de proveedores y/o directorio de oferentes, actualizado	
<b>B6- ARCHIVO</b>		
<b>Local exclusivo para guardar, archivar y mantener el expediente clínico del paciente.</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital dispone de local específico para guardar, archivar y mantener los expedientes clínicos de los pacientes asistidos en los distintos servicios (consultorio, internación y especialidades). El expediente debe ser legible, firmado por el médico tratante y tener una secuencia cronológica. Su actividad es coordinada por un responsable técnico.		
B6-01.	Cuenta con un área física adecuada para el archivo de los expedientes	
B6-02.	La totalidad de los pacientes, tanto ambulatorios como internados tienen expediente clínico	
B6-03.	Se efectúa el censo diario de pacientes	

B6-04.	Lleva registro estadístico de por lo menos los siguientes indicadores : consultas, internaciones clínicas, quirúrgicas, nacimientos (partos, cesáreas) promedio de utilización de camas, intervenciones quirúrgicas, fallecimientos <i>Ver.: registros estadísticos, solicitar copia</i>	
B6-05.	Se archivan en el expediente clínico los resultados de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico <i>Ver.: tres historias al azar</i>	
B6-06.	Existe tarjetero índice ordenado en forma numérica o por orden alfabético. <i>Ver.: el modo de organización del archivo y del expediente clínico. Técnicas e Impresos utilizados y el método de la elaboración de la historia clínica</i>	
B6-07.	Se rinde información sobre las enfermedades de notificación obligatoria al MSPyBS (ver: hoja de notificación con ME del Ministerio)	
B6-08.	La institución cuenta con expediente clínico único. <i>Ver.: si el expediente clínico es legible, está firmada por el médico, tiene una secuencia cronológica y continua con: registro de admisión, Historia Clínica, evolución, informaciones complementarias y epicrisis.</i>	
B6-09.	A todo paciente a su egreso se le elabora la epicrisis de acuerdo a normas <i>Ver.: historias clínicas al azar</i>	
B6-10.	La morbi-mortalidad se registra de acuerdo a la clasificación internacional CIE 10 (OPS) <i>Ver.: corroborar o verificar utilización</i>	
<b>NIVEL 2</b> El hospital dispone de profesionales dedicados al mantenimiento y cuidados de los expedientes clínicos, existen normas, rutinas y procedimientos documentados; el proceso asegura la existencia de una Historia Clínica individual (única), que permite la recuperación de informaciones sobre la atención clínica y presenta un sistema de evaluación del desempeño de la unidad.		
B6-11.	Cuenta con una persona responsable, capacitada, con dedicación exclusiva	
B6-12.	Cuenta con área exclusiva adecuada para archivar los expedientes	
B6-13.	Se tiene un sistema centralizado y único para el archivo de los expedientes clínicos y se hace un seguimiento de la circulación por las distintas unidades para su rápida localización.	
B6-14.	Existen normas y procedimientos para el archivo y manejo de los expedientes clínicos e informes estadísticos. <i>Verificar si existe un sistema de control de entrada y salida de los expedientes clínicos del archivo</i>	
B6-15.	El servicio de archivo está disponible las 24 horas	
B6-16.	Existe archivo de expedientes activo y pasivo.	
<b>NIVEL 3</b> El archivo está ligado al área de estadísticas, existe un sistema de análisis crítico y revisión de expedientes clínicos para mejorar la calidad de los registros. El archivo se integra al sistema de información y al programa de calidad y productividad de la organización presentando varios ciclos de mejora y perfeccionamiento con evidencias en los resultados de evaluación del área.		
B6-17.	Existe una instancia de revisión y control de calidad de los expedientes clínicos. <i>Verificar si se realizan reuniones periódicas de carácter multiprofesional para revisión y discusión de las HC y los resultados obtenidos son registrados.</i>	
B6-18.	Se hace divulgación mensual de los informes estadísticos <i>Ver.: informes mensuales, verificar si los registros clínicos y las informaciones contenidas en las Historias Clínicas permiten la obtención de informes estadísticos.</i>	

## B7- ESTERILIZACIÓN

Es el sector destinado a la limpieza, acondicionamiento, esterilización, guarda y distribución de los materiales esterilizados.

### Nivel 1

El hospital dispone de área de circulación restringida donde se realiza la preparación y esterilización de los materiales, bajo supervisión de personal habilitado, cuenta con por lo menos autoclave y estufa; realiza control biológico de los procesos.

B7-01.	Cuenta con un área exclusiva de circulación restringida, con centralización del proceso de esterilización. (recepción, lavado, clasificación, desinfección/esterilización) <i>Ver.: los equipos para la esterilización y sus condiciones de funcionamiento</i>	
B7-02.	Existe una persona entrenada, responsable del área (personal de enfermería u obstetricia, instrumentación quirúrgica). <i>Ver.: capacitación laboral</i>	
B7-03.	Se cumplen las medidas de bio-seguridad (guantes, tapabocas, cinta testigo)	
B7-04.	Existe un manual de normas, rutinas y procedimientos de esterilización. <i>Ver.: si existe monitoreo del ciclo de esterilización</i>	
B7-05.	El transporte de material y equipo, tanto estéril como contaminado se hace con un estricto control de las normas de asepsia y antisepsia (medio de transporte, recipientes usados, flujo unidireccional del área contaminada al área limpia)	
B7-06.	Se efectúan los controles biológicos según normas establecidas y se lleva registro <i>Ver.: libro o planilla de registro</i>	

### NIVEL 2

La unidad (sector o servicio) dispone claramente de separación de las áreas para la realización del proceso de esterilización y guarda de materiales. Todo el proceso sigue sistemáticamente las orientaciones de un manual de normas, rutinas, y procedimientos. Los funcionarios reciben entrenamientos específicos y la unidad está bajo la supervisión de una Licenciada en Enfermería; hay controles de calidad del proceso.

B7-07.	Se lleva registro del material entregado y recibido de los servicios (cantidad y calidad del proceso)	
B7-08.	El servicio funciona las 24 horas	
B7-09.	Se eleva un informe mensual a la dirección	
B7-10.	Las diversas áreas son diferenciadas, identificadas y separadas por barreras estructurales. <i>Ver.: circulación unidireccional del área limpia al área contaminada</i>	
B7-11.	La comunicación con el exterior (recepción y entrega) se realiza a través de una ventana	

### NIVEL 3

El sector planea su producción de acuerdo con la demanda de las unidades atendidas, efectúa control biológico y registro de la fecha de los procesos, identificando al funcionario y el equipo utilizado. Los materiales termo-sensibles son esterilizados por procesos químicos, en servicio propio o contratado. El proceso de limpieza y desinfección es realizado con equipos automáticos.

B7-12.	Se esteriliza los materiales termo-sensibles en área adecuada debidamente protegida (óxido de etileno) (Propia o tercerizada) <i>Ver.: contrato de prestación de servicios para la esterilización de materiales termo-sensibles y , en el caso de óxido de etileno la existencia de control de calidad y residual de los materiales procesados</i>	
B7-13.	Existen equipos automáticos de limpieza y desinfección de los materiales <i>Ver.: programas de mantenimiento p) preventivo, (infraestructura, equipamientos etc.</i>	



## B8- FARMACIA

**Sistema de almacenamiento, distribución y control de los medicamentos integrado con los otros sistemas del hospital.**

Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo e indispensable para evaluar los ítems subsiguientes

### NIVEL 1

La Farmacia es administrada por un profesional. Posee un sistema de almacenamiento en condiciones adecuadas y hace control de stock. Posee un sistema de provisión de medicamentos a los pacientes.

B8-01.	Cuenta con un profesional habilitado, responsable de la unidad. En todos los casos debe ser Químico Farmacéutico, Decreto No. 8342/95 y se exceptúan las nombradas en el Decreto 17.627/02 (Farmacias hospitalarias del MSPyBS). <i>Ver.: si el responsable técnico del servicio es profesional habilitado (solo será considerada la posibilidad de que un medico sea el responsable, en las regiones donde no hayan profesionales autorizados)</i>	
B8-02.	Cuenta con área exclusiva	
B8-03.	Cuenta con heladera, de uso exclusivo, para conservación de drogas conectada a un sistema alternativo de electricidad	
B8-04.	Se controla la fecha de vencimiento de los medicamentos (ver: medicamentos al azar, principalmente antibióticos)	
B8-05.	Existe un stock de medicamentos básicos. <i>Ver.: control de medicamentos en cuanto a su almacenamiento, stock satélites y distribución para las unidades de internación</i>	
B8-06.	Cada medicamento se almacena en la forma indicada. <i>Ver.: existencia de un sistema de distribución (colectivo, unitario o individualizado) y riguroso control de validez de los medicamentos</i>	
B8-07.	Existe un inventario que permite el control de stock. <i>Ver.: existencia de medicamentos básicos para garantizar la calidad de asistencia y si los mismos están almacenados en forma apropiada</i>	
B8-08.	Se ejerce estricta fiscalización sobre los medicamentos sujetos a control (libro de estupefacientes y psicotrópicos). <i>Ver.: controles y la correcta utilización de los libros de fiscalización de la Dirección General de Vigilancia de la Salud</i>	
B8-09.	Utilizan libro de recetarios (numerado, foliado y rubricado por el MSPyBS, destinado a registrar la venta de medicamentos –bajo receta simple o venta libre)	

### NIVEL 2

La Farmacia cuenta con farmacéutico en tiempo parcial y el mismo participa en el comité de infección intrahospitalaria; existe manual de normas, rutinas y procedimientos de las etapas del proceso; hay anotaciones de los medicamentos y un sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria o individualizada.

B8-10.	Poseen Técnico o auxiliar en farmacia de guardia 24 horas	
B8-11.	Tiene regente química-farmacéutica	
B8-12.	La regente responsable del servicio participa en el comité de infecciones hospitalarias	
B8-13.	Se dispone en el establecimiento de reservas de insumos médicos para la atención de emergencias	
B8-14.	Se tiene establecido el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria o individualizada	

## NIVEL 3

La Farmacia cuenta con equipo de guardia las 24 horas; con actividades sistemáticas de evaluación de la utilización de medicamentos, de reacciones adversas y de otras referentes a la vigilancia farmacéutica en la institución.

B8-15.	La farmacia funciona las 24 hs, con personal propio	
B8-16.	Se cuenta con una comisión de vigilancia farmacéutica (responsable técnico, bacteriólogo, jefe de departamento)	
B8-17.	Existe algún sistema de control de calidad físico-químico de los medicamentos	
B8-18.	Cuenta con vademécum cerrado y listado de medicamentos	
B8-19.	Está prohibida en la institución la utilización de medicamentos de otro origen	

## B9- COCINA

### NIVEL 1

B9-01.	Cuenta con encargado/a de la cocina	
B9-02.	El personal tiene terminada la primaria	
B9-03.	Tiene planta física, amplia, iluminada y en condiciones higiénicas	
B9-04.	La cocina esta alejada de las zonas contaminadas	
B9-05.	Posee un área diferenciada para lavado de utensilios y para el lavado de alimentos	
B9-06.	Cuenta con extractor de aire	
B9-07.	Dispone de los utensilios y electrodomésticos (heladera, congeladores, etc. necesarios. en funcionamiento)	
B9-08.	Se cumplen las disposiciones establecidas para el control de insectos y roedores <i>Ver.: barreras, fumigación, almacenamiento adecuado, disposición correcta de los desechos</i>	
B9-09.	Se efectúan controles bacteriológicos al personal, por muestreo periódico y se tiene constancia de dichos controles	
B9-10.	El personal conoce y cumple las normas de higiene, desinfección y aseo. <i>Ver.: si son cumplidas las normas de higiene tales como: limpieza del local, ausencia de residuos en el piso y agua estancada, personal uniformado con gorro, delantal y calzados cerrados; lavaderos con jabón.</i>	
B9-11.	El personal ha recibido entrenamiento en el manejo de los alimentos	
B9-12.	Las distintas dietas son elaboradas y supervisadas periódicamente por una nutricionista (mensualmente)	
B9-13.	Se escribe la dieta en la historia clínica del paciente	
B9-14.	Se dispone de las Guías Alimentarias del Paraguay, y las mismas son utilizadas como consulta.	
B9-15.	Se registran y archivan las raciones alimentarias administradas al paciente	

### NIVEL 2

B9-16.	El personal ha recibido entrenamiento en el manejo de los alimentos y cuentan con certificación	
B9-17.	El personal conoce y cumple las medidas sobre desinfección y aseo.	
B9-18.	Recibe instrucciones de una nutricionista-dietista.	
B9-19.	El área física se encuentra dividida en: área de pre-preparación (Área Fría) y área de preparación y cocción (Área Caliente)	
B9-20.	Las mucamas sirven y recogen las bandejas en horario establecido.	
B9-21.	Existen dietas comunes y especiales (ulcera gastroduodenal, diabetes, blanda, intestinal, post colestectomía e insuficiencia renal)	



<b>NIVEL 3</b>		
B9-22.	Existe un manual operativo y de funciones	
B9-23.	La unidad cuenta con un Lic. en Nutrición o Medico Nutricionista.	
B9-24.	Se surten pedidos extraordinarios y fuera de horario hábil.	
B9-25.	Existen instructivos de uso de cada electrodoméstico	

## B10- LAVANDERÍA

**La lavandería hospitalaria es responsable de la provisión de ropas limpias a todos los sectores del hospital, utilizando servicios propios, localizados o no dentro de la planta física del establecimiento, así como servicios contratados.**

### NIVEL 1

El procesamiento de las ropas utiliza el sistema de barrera de contaminación; el personal de servicio es debidamente entrenado y uniformado, dispone de normas y controles que aseguran el funcionamiento adecuado.

B10-01.	Cuenta con un/a responsable de servicio con conocimientos básicos y entrenamiento en lavandería hospitalaria. <i>Ver.: si además de la barrera física, el responsable del sector controla la circulación de las personas entre las áreas</i>	
B10-02.	El personal conoce y cumple las medidas de bio-seguridad. <i>Ver.: si los funcionarios que manipulan la ropa sucia están debidamente uniformados (con gorro, máscaras, guantes, botas y ropas exclusivas del sector)</i>	
B10-03.	Tiene un área adecuada para este servicio. <i>Ver.: las condiciones del local: ventilación, temperatura y ruidos</i>	
B10-04.	Se tiene un stock capaz de satisfacer las demandas	
B10-05.	La ropa está marcada y separada por servicio.	
B10-06.	Dispone de área anexa que permite pequeños reparos en las ropas. <i>Ver.: si hay infraestructura que permita pequeños reparos en las ropas</i>	
B10-07.	Se lleva registro de la ropa entregada y recibida diariamente. <i>Ver.: la preparación adecuada de ropas para cirugías e indagar sobre el índice de suspensión de intervenciones quirúrgicas causadas por la falta de ropas. Si hay contaje de ropa en uso (anual, semestral, u otra forma de conteo)</i>	
B10-08.	Las ropas utilizadas son transportadas en bolsas impermeables, debidamente marcadas y en carros cerrados	
B10-09.	Cuenta con manual de normas y procedimientos escritos para el proceso del lavado de ropas desde su recolección de los diversos sectores. <i>Ver.: si hay cumplimiento de las normas durante el proceso del lavado y cambio de ropas y preguntar al personal del servicio sobre los procedimientos pertinentes</i>	

### NIVEL 2

El sector dispone de un manual de normas, rutinas y procedimientos escritos; realiza control de los procesos y registros de los insumos; el responsable del servicio tiene un entrenamiento específico en lavandería hospitalaria.

B10-10.	Tiene una persona responsable del servicio con conocimiento, entrenamiento y certificación en lavandería hospitalaria. <i>Ver.: la idoneidad del responsable de la lavandería, el tipo de entrenamiento, carga horaria, periodo</i>	
B10-11.	Se eleva informes de las ropas entregadas y recibidas diariamente	
B10-12.	Se tiene establecido un sistema de control de calidad. <i>Ver.: si existe algún tipo de indagación sobre satisfacción de los pacientes y sus resultados</i>	
B10-13.	Se eliminan y reponen las prendas dañadas	
B10-14.	Los insumos utilizados son evaluados por un profesional responsable del comité de control de infecciones hospitalarias	

### NIVEL 3

El sector dispone de un manual de normas, rutinas y procedimientos escritos; realiza control de los procesos y registros de los insumos; el responsable del servicio tiene un entrenamiento específico en lavandería hospitalaria.

B10-15.	Cuenta con equipamiento especializado para el lavado, secado y planchado de prendas hospitalarias (Lavarropas, secadoras y planchadoras industriales). O tercerizado <i>Ver.: Contratos</i>	
---------	---	--

### B11- ASEO Y LIMPIEZA

**Se relaciona con la limpieza de detritus, residuos indeseables y microorganismos presentes en el ambiente hospitalario mediante la aplicación de energía mecánica, química y física.**

#### NIVEL 1

El hospital presenta estructura física en buen estado de conservación y construido con materiales que facilitan el proceso de limpieza de los ambientes; hay personal entrenado en cantidad suficiente para la realización de las tareas de limpieza en los diversos ambientes.

B11-01.	Existen funcionarios encargados de las labores de aseo y limpieza en cantidad suficiente.	
B11-02.	Los funcionarios han recibido entrenamiento para la disposición correcta de residuos y las labores de aseo y limpieza. <i>Ver.: si el personal de servicio recibe instrucciones básicas con respecto a los siguientes ítems: técnicas de barrido, desinfección de superficies, limpieza terminal de todas las unidades, manipulación de basura hospitalaria.</i>	
B11-03.	Todas las áreas son aseadas por lo menos una vez al día. <i>Ver.: si todos los ambientes se limpian diariamente</i>	
B11-04.	Existe un lugar adecuado para el depósito de basura simple y contaminante. <i>Ver.: si los basureros de todas las unidades son retirados diariamente y si el local de depósito de residuos sólidos es lavado diariamente</i>	
B11-05.	Existen normas escritas en lugar visible y a disposición del personal	
B11-06.	Se cumplen las normas de limpieza y desinfección. <i>Ver.: la existencia de manual de procedimientos, normas y si el mismo se encuentra disponible para el personal</i>	
B11-07.	El personal conoce y cumple las medidas de seguridad establecidas en la institución <i>Ver.: si el personal de limpieza está debidamente uniformado( ropas, guantes, botas y gorros específicos para la función)</i>	
B11-08.	Se fumiga periódicamente (al menos 2 veces al año).	
B11-09.	Se garantiza el servicio 24 horas en las áreas de utilización crítica	
B11-10.	Las áreas de mayor utilización se asean dos veces al día.	

#### NIVEL 2

El hospital tiene un sector de aseo y limpieza con un responsable, con normas y procedimientos definidos; hay planeamiento en cuanto a las actividades diarias de limpieza de todas las áreas del Nosocomio, además de entrenamiento periódico de los funcionarios para esas actividades.

B11-11.	Existe un supervisor del hospital que se encargue del control de calidad <i>Ver.: si se hace una inspección diaria de las rutinas de limpieza en todas las unidades</i>	
B11-12.	Reciben periódicamente charlas para mejora de calidad. <i>Ver.: si hay entrenamiento periódico de los funcionarios del servicio</i>	

<b>NIVEL 3</b>		
El hospital tiene una política de aseo y limpieza con enfoque de salud pública. La Comisión de Control de Infección Hospitalaria se relaciona activamente con el sector de Aseo y Limpieza, contribuyendo para la elaboración y supervisión de normas de limpieza.		
B11-13.	La institución cuenta con control de calidad externo del nivel de cumplimiento de los estándares de limpieza y aseo	
<b>B12- MANTENIMIENTO</b>		
<b>Corresponde a la organización de un servicio de mantenimiento y control de equipamientos, predios, instalaciones y normas.</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital posee estructura básica y equipo humano de mantenimiento con capacitación específica para la atención de las áreas comprometidas.		
B12-01.	Se pueden realizar oportunamente actividades de mantenimiento correctivo. <i>Ver.: si el hospital posee equipo mínimo de guardia o al llamado, para pequeñas reparaciones de emergencias, de mantenimiento del predio y de los equipos médico-hospitalarios</i>	
B12-02.	Se realizan periódicamente actividades de mantenimiento preventivo.	
B12-03.	Se cumplen las normas de seguridad (instalación, señalizaciones, áreas restringidas, otros). <i>Ver.: si las condiciones generales del predio permiten su funcionamiento, sin exponer a riesgos a los usuarios y funcionarios</i>	
B12-04.	Están disponibles planos actualizados de todas la redes instaladas en la institución (electricidad, agua corriente, sistema cloacal, gases medicinales).	
B12-05.	Existen repuestos y listado de proveedores	
<b>NIVEL 2</b>		
El hospital dispone de manuales de rutinas y procedimientos documentados para la atención y cuidados en cuanto al mantenimiento general, existe la integración de este sector al sistema de planeamiento general de la institución, buscando asegurar los niveles de seguridad y calidad.		
B12-06.	Cuenta con responsable capacitado en el área.	
B12-07.	Se presta el servicio de mantenimiento durante las 24 horas, equipo mínimo de guardia activa o al llamado para pequeñas reparaciones de emergencias, mantenimiento del predio y de los equipos Médicos hospitalarios	
B12-08.	Existe mantenimiento periódico y sistemático de los sistemas de iluminación eléctricos y alternativos.	
B12-09.	Se controla los equipos existentes por medio de fichas y manuales	
B12-10.	Existe y se cumple un programa de control y verificación por los diferentes servicios. <i>Ver.: Comprobar si cada tres meses, el personal de mantenimiento verifica el funcionamiento correcto de todos los caños, toilettes, sistemas de abastecimiento de agua (de varios tipos) y puntos de descarga de aguas servidas</i>	
B12-11.	Tiene un área específica para reparaciones de equipos pesados o contrato con un servicio de mantenimiento externo.	
<b>NIVEL 3</b>		
El hospital realiza mantenimiento preventivo de todas las instalaciones, los procesos relacionados están documentados y el sistema de indicadores de desempeño de los sectores relacionados presentan resultados positivos.		
B12-12.	Cuenta con programa de mantenimiento preventivo de los equipos complejos (Cirugía, Anestesia, UTI, Radiología, TAC, Hemodiálisis, etc.) <i>Ver.: si el hospital cuenta con servicio de mantenimiento de equipos médico-hospitalario, propio o contratado, y /o acompaña contratos externos</i>	

### B13- SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL

Trata de actividades destinadas a prevenir accidentes de trabajo y promover la salud ocupacional.

#### NIVEL 1

El hospital orienta y entrena sistemáticamente a sus funcionarios en el control y prevención de accidentes y prevé la atención médica en casos de accidentes de trabajo

B13-01.	El personal es sometido a chequeo Médico clínico laboral periódico y previo al ingreso laboral a la institución (se cumplen las normas del manual de enfermedades infectocontagiosas) <i>Ver.: si cada funcionario del hospital tiene expediente clínico donde quedan registrados los resultados de los controles clínicos-laboratoriales realizados y los problemas de salud, si son realizados los exámenes admissionales, de retiro, periódicos y de retorno al trabajo, vacunación preventiva</i>	
B13-02.	Los equipos de seguridad y área peligrosas están identificados con sistema de señales y colores.	
B13-03.	Cuenta con el número de extintores adecuado (1 cada 150 m2) y el personal ha recibido entrenamiento sobre su utilización.	
B13-04.	El personal dispone de vestuario, duchas, ropa adecuada y vacunación preventiva <i>Ver.: si los vestuarios de los funcionarios disponen de duchas, si existe uso sistemático de equipo de protección individual y colectivo para la prevención de accidentes</i>	
B13-05.	Dispone de planes de contingencia frente a diferentes eventos	

#### NIVEL 2

El hospital dispone de un manual de procedimientos normas y rutinas en el cual están descritos los riesgos definidos por las normas reglamentarias nacionales y el manejo institucional de esas situaciones orientando las actividades de prevención.

B13-06.	Cuenta con salida de emergencia convenientemente señalizada. <i>Ver.: la existencia de mapas que localicen los lugares de riesgo y ubicados en lugares visibles</i>	
B13-07.	Se realizan simulacros de emergencias dirigidos por el cuerpo de bomberos (nota de solicitud al cuerpo de bomberos)	
B13-08.	Los pasillos cuentan con manguera a presión	
B13-09.	Posee sensores de humo en cada dependencia	
B13-10.	El personal está clasificado por grupos de riesgo y donde corresponda, cuenta con lavatorio y duchas de descontaminación y elementos de bioseguridad	
B13-11.	El personal tiene sistema de comunicación inmediato con el cuerpo de bomberos	

#### NIVEL 3

El hospital está clasificado por áreas de riesgo y existen programas preventivos correspondientes, conformes a la estructura y capacidad instalada; son desarrollados programas de educación, formación y concientización dirigidos a la prevención de accidentes; el sistema de indicadores presenta evidencia de ciclos de mejoría en los procesos de capacitación y disminución de riesgos y accidentes.

B13-12.	Se elaboran programas preventivos contra las enfermedades infecciosas, accidentes eléctricos, radiaciones y explosiones. <i>Ver.: protocolos de programas preventivos</i>	
B13-13.	Cuenta con sistema de seguridad de vigilancia interna y externa.	
B13-14.	Se capacita al personal en temas relacionados con la seguridad e higiene laboral	

## B14- DOCUMENTACION EDILICIA

Se refiere a la documentación de la infraestructura del hospital aprobada por los órganos competentes y de un plano maestro.

El hospital debe poseer habilitación actualizada del MSPyBS como requisito previo e indispensable para evaluar los ítems subsiguientes

### NIVEL 1

B14-01.	Posee planos de la planta arquitectónica, los servicios e instalaciones existentes, aprobados por las instancias competentes (Municipalidad, ANDE, SEAM)	
B14-02.	Los planos están aprobados por el MSPyBS	
B14-03.	Los planos de la planta arquitectónica están actualizados (ver: que todas las construcciones estén en el plano)	
B14-04.	El proyecto arquitectónico tiene la aprobación del departamento de prevención de incendios de la municipalidad y/o cuerpo de bomberos	
B14-05.	Se dispone de sistemas de protección contra insectos (tela metálica o plástica, sistemas eléctricos u otros)	

### NIVEL 2

B14-06.	Las uniones piso pared son redondeadas, impermeables y fácilmente lavables (quirófanos, sala de partos, sala de esterilización, UTI, neonatología)	
B14-07.	Posee plano arquitectónico maestro con planeamiento de crecimiento edilicio a corto, mediano y largo plazo en base a políticas definidas	

### NIVEL 3

Debe cumplir con todos los ítems de categorización de niveles 1 y 2

## B15- ACCESO

Trata de las vías de acceso al hospital, de la funcionalidad y señalización.

### NIVEL 1

El hospital posee facilidades para la entrada y salida de pacientes, en condiciones de seguridad adecuadas; cuenta con barreras arquitectónicas y orienta la circulación interna.

B15-01.	Las rutas de acceso externas e internas en el hospital, se encuentran despejadas	
B15-02.	Posee señalización externa e interna que orientan a las personas que llegan al hospital	
B15-03.	Posee facilidades para el ascenso y descenso de pacientes, en condiciones de seguridad y protección climática (estacionamiento)	
B15-04.	Posee facilidades para el ingreso y egreso, de camillas y sillas de ruedas	
B15-05.	Posee facilidades especiales para personas minusválidas (pacientes o no)	
B15-06.	Brinda facilidades de desplazamiento o circulación, para pacientes en todas las áreas incluidas escaleras y baños.	
B15-07.	Las rampas no terminan en puertas ni se abocan en ángulos o en pasillos (en caso de no haber rampas, la respuesta es si)	
B15-08.	Las rampas tienen una pendiente máxima de 10% Ver En 1 mt sube un max de 10 cm	
B15-09.	El ancho de las rampas para circulación de pacientes debe ser como mínimo 1.40 mt	
B15-10.	Tiene señalizada la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: general, técnica y restringida, de fácil comprensión y en todas las áreas	



B15-11.	Se mantiene una independencia circulatoria entre las áreas públicas, técnicas y restringidas.	
B15-12.	Los pasillos cuentan con pasamanos a ambos lados	
B15-13.	Las escaleras cuentan con pasamanos	
B15-14.	Las escaleras y rampas tienen piso de superficie antideslizante.	
B15-15.	Las puertas vaivén de dos hojas poseen mirilla de vidrio a la altura de los ojos	
<b>NIVEL 2</b>		
El hospital dispone de un sistema de planificación, organización y mantenimiento de los accesos y de la circulación, así como dispone de un sistema de símbolos y señalización externa e interna		
B15-16.	Posee acceso vehicular para el servicio de emergencia	
B15-17.	Posee acceso diferenciado para vehículos y peatones <i>Ver.: que no haya zonas de entre cruzamiento, entre circulación general y las áreas de acceso restringida.</i>	
B15-18.	Existen planos orientadores con señalización de las salidas de emergencia Su establecimiento esta señalizado para evacuación en caso de emergencia	
B15-19.	Tiene ascensor con capacidad para el público en general (en las construcciones de una o dos plantas con rampa la respuesta es "sí")	
B15-20.	El ascensor cuenta con timbre de llamada de emergencia (si no cuenta con ascensor - edificios de una planta - la respuesta debe ser "sí")	
B15-21.	Existen barras de apoyo en los sanitarios destinados al público en general y pacientes	
<b>NIVEL 3</b>		
B15-22.	Posee acceso diferenciado general, de emergencia y de servicios.	
B15-23.	Cuenta con personal exclusivo para control de accesos y orientación al público las 24 horas. (Recepcionista, guardia de seguridad)	
B15-24.	El área de estacionamiento y maniobras para vehículos de servicio de aprovisionamiento, o de los funcionarios, no obstaculiza a los vehículos que llegan al área de acceso del servicio de emergencia	
B15-25.	El ascensor cuenta con teléfono (si no cuenta con ascensor, la respuesta debe ser "sí")	
<b>B16- SISTEMA ELÉCTRICO</b>		
<b>Se refiere al sistema de seguridad y mantenimiento de la red eléctrica y un sistema alternativo de energía e iluminación</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
El hospital obedece a las normas de seguridad para pacientes, personal de servicio, y público en general; existen sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas del hospital.		
B16-01.	Cumple con las normas de seguridad para pacientes, personal y público. Ver q en la red eléctrica no se detecten instalaciones provisionales, q los tomas corrientes no estén cerca de grifos u otra fuente de agua	
B16-02.	Posee generador de energía eléctrica para las áreas críticas y de atención (generador eléctrico)	
B16-03.	Posee sistemas alternativos de iluminación a baterías para las áreas críticas (urgencia, quirófanos, sala de partos, áreas de recién nacido) y salidas de emergencia. <i>Ver.: si estos sistemas alternativos están en condiciones adecuadas para su operación inmediata</i>	

B16-04.	Su tablero cuenta con llaves termomagnéticas. Ver.: si el tablero del sistema eléctrico se encuentra fuera del alcance del público	
B16-05.	Los pasillos cuentan con tomacorrientes protegidos	
B16-06.	Las habitaciones cuentan con tomacorrientes protegidos e instalados a una altura, entre 1.00 a 1,40 mts	
B16-07.	La red eléctrica esta diseñada de tal manera a controlar la distribución de energía en los diferentes ambientes.(separación de circuitos por áreas o servicios)	

## NIVEL 2

El hospital dispone de manuales, rutinas y procedimientos que definen e informan a todo el personal de las técnicas de seguridad de la distribución de energía; existe una organización que prioriza la seguridad, la educación y los procesos de mejoras.

B16-08.	Cuentan con disyuntor diferencial ver en el tablero general, la existencia de un dispositivo protector del sistema.	
B16-09.	El sistema eléctrico contempla mecanismos de protección para descargas eléctricas (pararrayos) Ver registro de control de puesta a tierra, el control debe ser por lo menos cada 2 años.	

## NIVEL 3

El hospital presenta evidencias de integración entre el personal responsable del sistema eléctrico y el conjunto de personal al programa institucional de calidad, contribuyendo para las políticas de seguridad ambiental y de trabajo.

B16-10.	Posee generador eléctrico de iluminación y generación de energía para todo el establecimiento	
B16-11.	Existen registros e informes de desempeño y de fallas en el sistema eléctrico ( quemadura de equipos, luminarias), de fallas o atrasos en la operación inmediata de los sistemas alternativos, etc.	
B16-12.	El generador de energía está acorde con la dimensión de la institución y la carga instalada Referenc: H Luque 300 KVA Sanat. San Martin 120 KVA Sanat. Santa Clara 150 KVA	

## B17- CONTROL DE EXCRETAS Y RESIDUOS.

### Potabilidad del agua

## NIVEL 1

B17-01.	Cuenta con Licencia Ambiental de la Secretaría del Medio Ambiente (SEAM)	
B17-02.	Cuenta con el acta de inspección de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA)	
B17-03.	Tiene servicio de agua potable garantizada	
B17-04.	El hospital realiza análisis del agua (cloro residual, coliformes fecales) por lo menos cada 6 meses y tienen archivados los resultados de los mismos	
B17-05.	Los tanques de agua se limpian y desinfectan, por lo menos cada 3 meses	
B17-06.	Los tanques o reservorios de agua tienen capacidad suficiente para satisfacer las demandas, estando dimensionados para suministrar como promedio 100 litros / día por cama	
B17-07.	Los depósitos de agua garantizan el abastecimiento por al menos 48 horas Refer: A hospital de 20 camas corresponde reservorio de min 4000 lts incluyendo el autoabastecimiento por 48 hs, como margen de seguridad ante eventos	
B17-08.	Los tanques altos utilizados como reservorios de agua se hallan completamente cubiertos, con tapa.	



B17-09.	Los tanques subterráneos están protegidos ante inundaciones o filtraciones. Ver: 1-Que los accesos a los tanques no se hallen sin protección cuando están al ras del suelo, debe tener borde sobre elevado de la cota de posible inundación 2- Que no haya exceso de humedad en área aledaña al tanque, clara evidencia de filtraciones.	
B17-10.	Si el tanque está colocado sobre una estructura, se encuentra sujeto de manera a evitar su caída?	
B17-11.	El sistema de distribución del agua, cuenta con mecanismos para controlar la distribución en caso de emergencias. Verificar si la instalación cuenta con llaves de paso, por sectores	
B17-12.	No hay evidencias de filtración en la tubería de agua potable Verificar presencia de manchas en paredes, divisiones y cielorrasos así como agua en los pisos	
B17-13.	El sistema de desagüe cloacal del establecimiento esta conectado a la Red Cloacal Publica o posee pozo absorbente con tratamiento adecuado.	
B17-14.	Cuenta su establecimiento de salud con medidas alternas para la evacuación del desagüe cloacal?	
B17-15.	Los registros de inspección no pueden ser afectados por inundaciones	
B17-16.	Si el establecimiento se halla en zona de riesgo de inundación, cuenta con mecanismos que permitan la prevención del reflujo en el sistema de desagüe cloacal? Si no esta en zona inundable la respuesta es si	
B17-17.	Cuenta con sistema de eliminación de residuos en condiciones de seguridad. De acuerdo a la Ley 3361 / 07 y a su reglamentación.	
B17-18.	Se dispone de un sistema normatizado de circulación interna de la basura patológica.	
B17-19.	Existe un sistema de salida de los residuos sólidos, diferente a la de la circulación del publico	
B17-20.	Los residuos sólidos de alto riesgo son desechados diariamente para su posterior tratamiento	
B17-21.	Se tiene contrato con una empresa habilitada por DIGESA, para el tratamiento final de los desechos de TIPO II y V	
B17-22.	En el caso de fluidos orgánicos patológicos, debe existir una cámara de tratamiento descontaminante (con hipoclorito de sodio u otro )	
<b>B18- COMODIDAD</b>		
<b>NIVEL 1</b>		
B18-01.	Todos los baños disponen de agua fría y caliente, excepto en los baños públicos	
B18-02.	Todos los baños disponen de jabón, toalla y papel higiénico	
B18-03.	Los muebles son adecuados a los usos a que se destinan y pueden ser aseados fácilmente	
<b>NIVEL 2</b>		
B18-04.	Dispone de baño privado con acceso directo en todas las habitaciones ya sean individuales o múltiples	
B18-05.	Todos los ambientes son aceptablemente climatizados según las necesidades de la región.	
B18-06.	Dispone de muebles para guardar ropas y objetos personales	
<b>NIVEL 3</b>		
B18-07.	Las habitaciones cuentan con aire acondicionado, baño privado y cama p/acompañante.	

## B19- MORGUE

NIVEL 2		
B19-01.	La superficie mínima es de 9 mts <sup>2</sup> .	
B19-02.	Sus paredes son de fácil limpieza e impermeables	
B19-03.	Sus puertas permiten el paso de una camilla	
B19-04.	Cuentan con lavatorio, jabón y toalla para el lavado de manos	
B19-05.	Cuenta con acondicionador de aire con su propio ducto	
NIVEL 3		
B19-06.	Cuenta con rejilla de piso sifonada y sistema de tratamiento de efluentes.	
B19-07.	Tiene espacio previsto para más de una camilla	
B19-08.	Cuenta con cámara frigorífica para conservación de los cuerpos.	

## B20- BIBLIOTECA

**Se refiere al acceso, control y utilización de información científica.**

NIVEL 1		
B20-01.	Dispone de un lugar físico donde se puedan realizar consultas bibliográficas	
NIVEL 2		
B20-02.	Dispone de acceso a internet	
NIVEL 3		
El servicio cuenta con personal exclusivo y una comisión de revisión de las publicaciones; existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica, atendiendo las propuestas del cuerpo médico; el servicio funciona por lo menos, durante seis horas por día, con acceso a bancos de datos internacionales de selección de bibliografía, el servicio tiene una publicación propia informativa y científica.		
B20-03.	Está a disposición durante no menos de 6 horas diarias, tiene índice general de temas. Ambiente adecuado	
B20-04.	Existen publicaciones actualizadas de las cuatro especialidades básicas y emergencias en forma de tratados manuales y revistas	
B20-05.	Existe un responsable que elabore el programa bibliográfico anual	
B20-06.	Dispone de acceso a bancos y redes informáticas internacionales (internet) en forma permanente	
B20-07.	Edita un material de información para el cuerpo médico y usuarios.	
B20-08.	Cuenta con suscripción a revistas científicas y tiene textos de otras especialidades	

## B21- ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO

NIVEL 1		
B21-01.	Se organizan charlas y paneles sobre temas de interés institucional	
NIVEL 2		
B21-02.	Para actuar en situaciones de riesgo, existe un programa de capacitación para el personal de salud	
NIVEL 3		
B21-03.	Los Médicos, Enfermeras profesionales y Técnicos son estimulados a seguir cursos de actualización y participar de congresos y jornadas nacionales e internacionales	
B21-04.	Se realizan ateneos, debates de casos y patologías. Reuniones clínicas	
B21-05.	Se realizan cursos, conferencias y jornadas de capacitación	
B21-06.	Se estimula el trabajo de investigación y monografías	

## ANEXOS

### ANEXO C 1 - CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE CENTROS DE HEMODIALISIS

#### C 1 SERVICIO DE DIALISIS

Unidad destinada a la sustitución de la función renal del Paciente con nefropatía crónica o aguda, por medio del proceso de Diálisis.

##### NIVEL 3

C1-01.	Cuenta con constancia de habilitación actualizada otorgada por M.S.P. y B.S. (Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud e Instituto Nacional de Nefrología).	
C1-02.	Cuenta con un Médico Nefrólogo responsable que permanece en el Servicio mientras haya pacientes dializándose.	
C1-03.	Los valores de medida de volumen residual de las fibras de los Dializadores, tanto inicial como después de las reutilizaciones, están registrados y firmados por el responsable del proceso y están disponibles para la consulta de los Pacientes (una reducción superior al 20% hace obligatorio desechar del Dializador).	
C1-04.	El reprocesamiento de Dializadores y de las líneas arteriales y venosas <b>no</b> contaminadas por HIV, Hepatitis B o C se realizado en forma independiente para cada paciente, con un límite no superior a 6 veces.	
C1-05.	El reprocesamiento de Dializadores y de las líneas arteriales y venosas contaminadas por HIV, Hepatitis B o C <b>no se debe realizar</b> . (Res. 534/07, 5.5 Párrafo primero)	
C1-06.	Los Dializadores y líneas utilizadas en los tratamientos dialíticos están registrados en el M.S.P. y B.S.	
C1-07.	Cuenta con un médico pediatra nefrólogo (o por lo menos médico pediatra) para casos pediátricos.	
C1-08.	Cuenta con un licenciado/a en enfermería responsable de coordinar las acciones de enfermería.	
C1-09.	Cuenta con un auxiliar de enfermería o técnico en diálisis por cada cuatro pacientes.	
C1-10.	Cuenta con un técnico responsable del control de calidad del agua empleada en el proceso de diálisis.	
C1-11.	Cuenta con control de calidad de la reutilización de dializadores y líneas arteriales y venosas y estas se registran.	
C1-12.	Todo paciente cuenta con expediente clínico actualizado.	
C1-13.	Los resultados de exámenes realizados están anexados al expediente clínico.	
C1-14.	Se realiza mantenimiento periódico de los equipos y del sistema de tratamiento del agua y los mismos están registrados.	
C1-15.	Cuenta con medicamentos y equipos para reanimación cardio-respiratoria.	
C1-16.	Cuenta con generador de energía eléctrica de emergencia.	

Nombre y firma del responsable

C1-17.	Al ser admitido al tratamiento dialítico el/la paciente se somete a todos los exámenes previsto (Anexo A), además de ecografía abdominal, con estudio completo del sistema urinario.	
C1-18.	Los/las pacientes no portadores de Hepatitis B y con resultado de inmunidad negativo para este virus, cuentan con vacunación específica completa y la misma se asienta en el expediente clínico.	
C1-19.	Todos los equipos en uso en la sala de diálisis se encuentran limpios, en plenas condiciones de funcionamiento y con alarmas funcionando.	
C1-20.	Se realiza normalmente determinación del número de unidades de colonias en la solución para diálisis y agua tratada.	
C1-21.	En los Pacientes portadores de H I V, los dializadores y líneas arteriales y venosas son desechados al término de cada sesión de Diálisis.	
C1-22.	Todos los funcionarios están debidamente protegidos, al realizar procedimientos a los pacientes, reprocesar dializadores y líneas, o manipular productos químicos.	
C1-23.	Existe una máquina específica diferenciada de las demás, para pacientes recién admitidos sin serología para HIV, Hepatitis B y C.	
C1-24.	Se eleva Informe trimestral al Instituto Nacional de Nefrología sobre la evolución de los pacientes y el funcionamiento de la sala.	
C1-25.	El paciente es informado sobre las diferentes alternativas de tratamientos, sus beneficios y riesgos y el mismo se asienta en el expediente clínico.	
C1-26.	Cuentan con una maquina de hemodiálisis de reserva en plenas condiciones de funcionamiento por cada 6 maquinas.	

### TABLA I

El servicio de Nefrología, solicitará y asentará en el Expediente Clínico los resultados de los siguientes estudios

Exámenes Mensuales:	Hemograma, Glicemia, Urea pre y pos sesión de Diálisis, creatinina, electrolitos, calcio, fósforo, Hepatograma, acido úrico, perfil lipídico, proteínas totales y fracciones, fosfatasa alcalina.
Exámenes Trimestrales:	Serología de: Antígeno superficial de Hepatitis B (HbsAG), Anticuerpos de Hepatitis C (anti-HCV), Anticuerpo superficial de Hepatitis B (anti-HBs), anti HBc core, Hierro sérico, Ferritina, porcentaje de saturación y capacidad de fijación de hierro.
Exámenes Semestrales:	Radiografía de tórax, parato-hormona. Serología de HIV
Exámenes Anuales:	Serie radiológica ósea, electrocardiograma, ecocardiograma. Dosaje de aluminio sérico.

### TABLA II

Características físicas y organolépticas del agua potable

Características	Parámetro aceptable	Frecuencia de verificación
Color aparente	Ausente	Diaria
Turbidez	Ausente	Diaria
Sabor	Ausente	Diaria
Olor	Ausente	Diaria
Ph	6,5 a 8,5	Diaria
Conductividad	0,03 – 0,10	Diaria

Nombre y firma del responsable

**TABLA III**

Patrón de calidad de agua tratada utilizada en la preparación de solución para Diálisis

Componentes	Valor máximo Permitido	Frecuencias de análisis
Coliforme total	Ausencia en 100ml	Mensual
Contaje de bacterias heterotróficas	200 UFC/ ml	Mensual
Endotoxinas	1 mg/ml	Mensual
Nitrato (NO3)	2 mg/l	Semestral
Aluminio	0,01 mg/l	Semestral
Cloramina	0,1 mg/l	Semestral
Cloro	0,5 mg/l	Semestral
Cobre	0,1 mg/l	Semestral
Fluor	0,2 mg/l	Semestral
Sodio	70 mg/l	Semestral
Calcio	2 mg/l	Semestral
Magnesio	4 mg/l	Semestral
Potasio	8 mg/l	Semestral
Bario	0,1 mg/l	Semestral
Zinc	0,1 mg/l	Semestral
Sulfato	100 mg/l	Semestral
Arsénico	0,005 mg/l	Semestral
Plomo	0,005 mg/l	Semestral
Plata	0,005 mg/l	Semestral
Cadmio	0,001 mg/l	Semestral
Cromo	0,014 mg/l	Semestral
Selenio	0,09 mg/l	Semestral
Mercurio	0,0002 mg/l	Semestral

**TABLA IV**

Procedimientos de mantenimiento de almacenamiento de agua.	Frecuencia
Limpieza del reservorio de agua potable	Mensual
Control bacteriológico del reservorio de agua potable	Mensual
Limpieza y desinfección del reservorio de agua tratada para Diálisis.	Mensual
Desinfección del tratador y pre-tratador	Semanal
Limpieza y desinfección del reservorio de agua tratada para la diálisis	Mensual

## ANEXO C 2 - CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE INSTITUTOS DE MEDICINA NUCLEAR

### C 2 - MEDICINA NUCLEAR

**Aplicable a la operación de instalaciones o a la realización de prácticas de medicina nuclear que utilicen fuentes radiactivas no selladas con fines terapéuticos o de diagnóstico "in vivo" e "in vitro".**

C2a.	Infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de los radioisótopos	
C2-01.	Se tiene un local exclusivo (cuarto de preparados o "cuarto caliente") para la preparación de los radionucleidos, que deberá contar con materiales de construcción, dimensiones y blindajes apropiados	
C2-02.	Cuenta con áreas debidamente separadas y señalizadas para el almacenamiento del material radioactivo y el almacenamiento transitorio de los residuos radioactivos.	
C2-03.	El cuarto de preparados cuenta con dos piletas separadas (como mínimo). Una de ellas para el lavado de elementos contaminados ("pileta activa") y la otra al lavado de elementos no contaminados.	
C2-04.	La pileta "no activa" está ubicada en una zona dentro del cuarto caliente en la cual la probabilidad de contaminación sea baja.	
C2-05.	Los desagües de la "pileta activa" se conectan a la red cloacal de forma tal que se minimicen las dosis a trabajadores debidas a eventuales retenciones de material radioactivo en la cañería de desagote	
C2-06.	Se cuenta con un local destinado a la administración de radionucleídos al paciente	
C2-07.	Tienen un local con dimensiones apropiadas para cada equipo de medicina nuclear	
C2-08.	Se cuenta con una sala de espera con un área exclusiva y debidamente delimitada, para pacientes a los cuales se les haya administrado radionucleídos con fines diagnósticos	
C2-09.	Se dispone de un cuarto de baño exclusivo para pacientes a los cuales se les haya administrado radionucleídos	
C2-10.	Se dispone de una sala de internación con cuarto de baño exclusivo para los pacientes tratados con dosis terapéuticas de I 131 u otros radionucleídos	
C2-11.	Se dispone de un cuarto de baño exclusivo para pacientes a los cuales se les haya administrado radionucleídos	
C2-12.	Cuentan con barreras físicas y señalizadores de seguridad que permitan restringir el acceso a los locales en los que se trabaja con materiales radioactivos.	
C2b.	Protocolos y Registros	
C2-13.	Se cuenta con los protocolos documentados para los diferentes procedimientos	
C2-14.	Se tiene un plan de emergencia aprobado por el responsable legal	
C2-15.	Se cuenta con inventario de material radioactivo que incluye como mínimo: radionucleídos ingresados al servicio, forma física y química, actividad y fecha de ingreso o egreso	



C2-16.	Se tiene inventario de residuos eliminados clasificándolos de acuerdo a su periodo de vida media: material eliminado, actividad estimada y fecha de eliminación	
C2-17.	Dosis diagnósticas y terapéuticas: nombre del paciente, radioisótopo y actividad administrados y fecha de administración	
C2-18.	Calibraciones y controles de equipamiento de medicina nuclear y del equipo de protección radiológica.	
C2-19.	<p>Dosis del personal (#).</p> <p>(#) Estos registros deberán conservarse como mínimo durante treinta (30) años con posterioridad a la fecha en que el trabajador deje de prestar servicios para la instalación. Aquellos registros para los que no se prescriba explícitamente un plazo, deberán mantenerse por un periodo mínimo de 3 años.</p> <p>Los registros precedentes están a disposición de la autoridad reguladora cuando esta lo requiera.</p> <p>En los casos en que haya internación: lugar de internación y fecha de alta. Estos registros deberán mantenerse como mínimo durante diez (10) años (Marco legal)</p>	
C2c.	Mantenimiento y control periódico del equipamiento de medicina nuclear y del "Activímetro"	
C2-20.	Se efectúa el mantenimiento del equipamiento de medicina nuclear y del "activímetro". Las tareas de mantenimiento o reparación que pudieran implicar modificaciones significativas al diseño desde el punto de vista de la seguridad radiológica, deberán ser comunicadas a la Autoridad reguladora, previamente a su ejecución.	
C2-21.	El "activímetro" y el equipamiento de medicina nuclear son sometidos a un protocolo de controles con periodicidad y extensión adecuados a su complejidad, sus funciones y su frecuencia de utilización. Para "activímetros" la calibración en energía (medición de la fuente patrón), se efectúa al menos una vez al día, y el resultado de este control se registra	
C2d.	Dosímetros	
C2-22.	Cuentan con dosímetro personal de cada trabajador involucrado en el uso de material radiactivo	
C2-23.	Las lecturas de las dosis están dentro del rango normal y/o son comunicadas a los trabajadores.	

## ANEXO C 3 - CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE CENTROS DE TERAPIA RADIANTE

### ANEXO C 3 - TERAPIA RADIANTE

Existen dos tipos de unidades: teleterapia y braquiterapia. La braquiterapia por sí sola constituye un servicio de radioterapia pudiendo estar incluida en cualquiera de los tres sin niveles que esto signifique cambios en el nivel de exigencias. Si existe esta técnica, debe tener las autorizaciones correspondientes.

(Están comprendidos en la braquiterapia los tratamientos con agujas o tubos (de radio 226. Esta prohibido Cesio 137, Lidio 192 y sistema de control remoto de alta y media tasa de dosis)

C 3-1.		
C3-01.	Los aparatos están registrados ante las autoridades competentes	
C3-02.	Se cuenta con licencia de práctica otorgada por las autoridades correspondientes para su funcionamiento	
C3-03.	Cuenta con médico especialista responsable del servicio	
C3-04.	Cuenta con protocolos médicos por patología	
C3-05.	Cuenta con médicos especialistas	
C3-06.	Disponen de técnicos especializados para dicho servicio	
C3-07.	Cuenta con Físico Médico especializado para dicha área	
C3-08.	Todo el personal especializado cuenta con el registro profesional correspondiente, actualizado	
C3-2.		
C3-09.	Se dispone de acelerador lineal de mas de 6 MeV que pueda irradiar fotones o electrones	
C3-10.	Se dispone de acelerador lineal de hasta 6 MeV, sin capacidad para la utilización de electrones	
C3-11.	Cuenta con interruptor para el modo de tratamiento, en buen funcionamiento	
C3-12.	Cuenta con llave de seguridad en la consola	
C3-13.	Cuenta con interruptor de tiempo y visualización del tiempo transcurrido	
C3-14.	Se cuenta con sistema de protección para el personal técnico y los pacientes	
C3-15.	Se cuenta con simulador localizador	
C3-16.	Cuenta con luces de advertencia de "modo en funcionamiento" del equipo	
C3-17.	Cuando el equipo funciona, la puerta permanece cerrada en forma segura	
C3-3.		
C3-18.	El servicio cuenta con equipamiento de Cobalto terapia con o sin equipamiento para radioterapia superficial	
C3-19.	Cuenta con interruptor para el modo de tratamiento, en buen funcionamiento	
C3-20.	Cuenta con llave de seguridad en la consola	
C3-21.	Cuenta con interruptor de tiempo y visualización del tiempo transcurrido	
C3-22.	Cuenta con sistema de protección para el personal técnico y los pacientes	
C3-23.	Cuentan con simulador de localizador	
C3-24.	Cuenta con luces de advertencia de "modo en funcionamiento" del equipo	
C3-25.	Cuando el equipo funciona, la puerta permanece cerrada en forma segura	
C3-4.		
C3-26.	En la unidad se cuenta con más de un profesional especialista en radioterapia, que se maneje procedimientos actualizados. (Ej. Dosis terapéutica de yodo 131, soluciones intracavitarias, tratados con radioisótopos infundidos o implantados, implantes intersticiales de iridio 192 de baja tasa de dosis)	

Nombre y firma del responsable

C3-27.	El responsable es apoyado por profesionales con habilitación adecuada y autorizados para el uso de radioisótopos	
C3-28.	El sistema de indicadores permite la obtención de información para la mejoría de procesos y protocolos clínicos y gerenciales de la unidad	
C3-29.	La unidad desarrolla programas de pesquisas aplicada, basada en actividades del servicio	
C3-5.		
	<b>Recursos humanos:</b>	
C3-30.	Médico especialista en radioterapia	
C3-31.	Físico médico	
C3-32.	Dosimetrista clínico	
C3-33.	Encargado de protección radiológica	
C3-34.	Técnico especialista en radioterapia	
C3-35.	Personal de enfermería	
C3-36.	Se realizan planeamientos correspondientes para cada patología	
C3-37.	Existe un control y verificación de la patología por los médicos especialistas	
	<b>Sistemas de protección</b>	
C3-38.	Cuenta con control Disimétrico individual a trabajadores ocupacionalmente expuestos	
C3-39.	Cuenta con registro de disimetría personal	
C3-40.	Cuenta con historia previa del trabajador del área	
C3-41.	Cuentan con sistemas de protección a pacientes, por sistema de comunicación audiovisual	
C3-42.	Cuenta con sistema de protección por circuito cerrado de televisión	
C3-43.	Cuenta con detectores de radiación	
C3-44.	Cuenta con detectores de radiación de área con alarmas sonoras y lumínicas	
C3-45.	Cuenta con luz en el acceso a la sala que indique que se está realizando el tratamiento	
C3-46.	Posee sistemas de enclavamiento de la puerta	
C3-47.	Se realiza exámenes médicos preventivos para todos los funcionarios del área	
C3-48.	Existe control de la posición del paciente en el momento del proceso del tratamiento	
	<b>Grupos de Trabajo</b>	
C3-49.	Se participa en grupos de trabajos para consensuar el mejor tratamiento	
C3-50.	Se mantiene intercambios con otros servicios sobre el tratamiento de los distintos tipos de cáncer	
	<b>Seguimiento de los casos</b>	
C3-51.	Se verifica la evolución del tratamiento	
C3-52.	La información obtenida se utiliza para mejorar las técnicas aplicadas	
C3-53.	Se verifican y registran los efectos colaterales del tratamiento	
C3-54.	Se realiza control periódico, con intervalos específicos para cada patología, de los pacientes que fueron sometidos a tratamiento radioterápico.	
C3-55.	Se verifica si, después de la conclusión del tratamiento radioterápico, tiene consulta marcada para evaluar su evolución, con un intervalo establecido para cada patología	
C3-56.	Poseen manuales, rutinas y procedimientos de la unidad del servicio	
	<b>Señalizaciones advirtiendo sobre el riesgo de radiación</b>	
C3-57.	En puertas de la sala de tratamiento	
C3-58.	Sala de recepción	

C3-59.	Se realiza comparaciones de dosajes clínicos	
	Mantenimiento	
C3-60.	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos en forma periódica, y se registra	
C3-61.	Se realiza mantenimiento correctivo de los equipos	
C3-62.	La unidad mantiene un nivel adecuado de actualización tecnológica	
C3-63.	La unidad mantiene un nivel adecuado de actualización de procedimientos	
	Control de calidad	
C3-64.	Calculo de dosis al paciente	
C3-65.	Verificación de la dosis administrada al paciente con el haz de radiación	
C3-66.	El campo de tratamiento	
C3-67.	La calidad del haz	
C3-68.	El posicionamiento de los pacientes	

## ANEXO C 4 - CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE LABORATORIOS DE PATOLOGIA

### ANEXO C 4

#### LABORATORIOS DE PATOLOGIA

Servicio destinado a la confirmación de diagnósticos postquirúrgicos a través de exámenes histológicos o citológicos de materiales obtenidos por biopsias y/o necropsias. Está estructurado para garantizar la ejecución de los exámenes y es técnicamente responsable por todas las fases del proceso desde la toma de muestra hasta la emisión del diagnóstico

Debe estar habilitado por el MSP y BS como requisito previo e indispensable para evaluar los ítems subsiguientes

#### NIVEL 1

C4-1.	El laboratorio cuenta con un director médico registrado en el MSPyBS como anatomopatólogo. ✓Ver.: Registro del Director	
C4-2.	Los profesionales patólogos del plantel están registrados en el MSPyBS ✓Ver.: Registro de los profesionales	
C4-3.	El laboratorio cuenta con uno o más histotecnólogos ✓Ver.: Ver contratos, registro de los técnicos	
C4-4.	Existe un protocolo de bioseguridad para el manejo de tejidos y órganos patológicos	
C4-5.	Existe un protocolo de manejo de desechos patológicos adecuado a las normas del MSPyBS y a las medidas de protección ambientales	
C4-6.	Hay en existencia y se utilizan barreras y equipos de seguridad actualizados para el ambiente y personal expuesto. ✓Ver.: la existencia de tababocas, gorritos, lentes protectores, otros.	
C4-7.	La superficie destinada al laboratorio no es menor a 60 m2	
C4-8.	Cuenta con un espacio físico destinado exclusivamente al trabajo de macroscopía	
C4-9.	Cuenta con un espacio físico destinado exclusivamente al trabajo de microscopía	
C4-10.	El local cuenta con iluminación adecuada	

C4-11.	Cuenta con uno o varios Microscopios binoculares	
C4-12.	Cuenta con micrótopo rotativo	
C4-13.	Cuenta con tanque o dispensador de parafina y/o centro de parafina con o sin baño termal	
C4-14.	Cuenta con estufa	
C4-15.	El manejo y clasificación de la basura se realiza de acuerdo a las normas de manejo integral de los residuos patológicos. (Res. SG MSPyBS N° 716/2007)	
C4-16.	Existe un sistema de archivo manual	
C4-17.	El laboratorio cuenta con una identificación externa visible, con la denominación del establecimiento	
C4-18.	Cuenta con instrumentos (tijeras, pinzas, bisturí, etc.) para macroscopía	
C4-19.	Cuenta con reactivos y colorantes de diversos tipos (Hematoxilina/eosina, Giemsa, etc.) para tinción de tejidos para microscopía	

## NIVEL 2

C4-20.	El laboratorio cuenta con una o más secretarias	
C4-21.	Se realizan capacitaciones e instrucciones sobre el manejo de las sustancias utilizadas en el procesamiento de líquidos y secreciones examinadas	
C4-22.	Cuenta con un sistema de extracción de aire o ventilación cruzada, que permita la renovación del mismo, en dimensiones adecuadas al tamaño del local	
C4-23.	Existe un registro de mantenimiento periódico de los equipos	
C4-24.	Existe un registro diario de recepción de material, procesamiento del mismo y entrega de informes	
C4-25.	El proceso permite que los resultados estén disponibles en un tiempo máximo de 72 horas	
C4-26.	Existe un método ambientalmente adecuado de descarte de desechos patológicos	
C4-27.	Existe un archivo de laminas y de bloques de parafina de los últimos 5 años	
C4-28.	Existe un manual de procedimientos sobre el manejo de los especímenes	

## NIVEL 3

C4-29.	El personal trabaja al menos medio tiempo	
C4-30.	El laboratorio participa de u organiza reuniones anatomoclínicas en forma periódica (cada 2 meses) (Ver: registro de actividades)	
C4-31.	Cuenta con área de recepción	
C4-32.	Cuenta con oficina destinada al Director del Laboratorio	
C4-33.	Cuenta con vestuario del personal	
C4-34.	Cuenta con baño y duchas para emergencias	
C4-35.	Cuenta con depósito	
C4-36.	Cuenta con procesador de tejidos	
C4-37.	Cuenta con refrigeradora	
C4-38.	Cuenta con balanza	
C4-39.	Cuenta con centrífuga	
C4-40.	Cuenta con criostato	
C4-41.	Existe un sistema de archivo informático	
C4-42.	Existe un sistema interno de control de calidad técnica	
C4-43.	Existe un sistema interno de control de calidad diagnóstica	

## ANEXO C 5 - MANUAL DE CATEGORIZACION Y ACREDITACION DE HOSPITALIZACIÓN DE CENTRO DE ADICCIONES

NOMBRE DE LA EPSS:

FECHA: ...../...../.....

Evaluadores: ..... / .....

Forma Jurídica Privada: Unipersonal <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> .....		
Pública: MSPBS <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> S. Militar <input type="checkbox"/> Policial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> .....		
Director	N° Registro	
Representante Legal	Fecha de constitución	
Ciudad	Departamento/Región Sanitaria	
Calle	N°	
Fono	Fax	
Email	Pág. Web	
Habilitación MSPyBS	Fecha / / 20....	
Fecha Reg. Supsalud / / 20....	RUC	
Auto-categorización	Categorización Supsalud	
Nivel alcanzado	A ser llenado por la Supsalud al final del proceso	
Nivel Anterior:	Año:	
Auto-acreditación	Acreditación Supsalud	
Nivel alcanzado	A ser llenado por la Supsalud al final del proceso	
Nivel Anterior:	Año:	
N° de Médicos	N° de Técnicos	N° de empleados

Nombre y firma del responsable



## ANEXO C 5: HOSPITALIZACION EN CENTROS DE ADICCIONES

**Corresponde a la atención, cuidados, seguimiento y rehabilitación de los pacientes fármaco dependientes.:**

(Conforme a las Normativas Mínimas de Calidad de Atención al/ a la Fármacodependiente, según Resolución M.S.Py B.S- S.G No. 625)

### NIVEL 1

C5-1	La evaluación inicial, al ingreso del paciente, es realizado en base a normativas institucionales que incluyan exploración física, psicológica y social.	
C5-2	Se registra en la historia clínica del paciente, el Dx correspondiente, como así también, las intervenciones terapéuticas debidamente justificadas.	
C5-3	Cuenta con profesionales médicos, encargados del seguimiento de los pacientes internados y la evolución de los mismos.	
C5-4	Dispone de servicios de apoyo de laboratorio, radiología, las 24 hs. o algún otro centro de referencia para el efecto	
C5-5	La institución cuenta con las cuatro especialidades básicas o en su defecto un centro de referencia que garantice la oportuna atención medica.	
C5-6	Existe apoyo de los grupos de auto ayuda y otros centros comunitarios para pacientes fármaco dependientes.	
C5-7	Se informa a los familiares la disponibilidad de: los servicios de apoyo, los centros de urgencias que prestan servicio continuo y de procedimientos a seguir en caso de recaídas.	
C5-8	Se analizan los planes de egreso, por el profesional del centro asistencial con el paciente y su familia.	
C5-9	El acceso a los baños permiten el paso de silla de ruedas (80 cm)	
C5-10	Las puertas de las habitaciones permiten el paso de silla de ruedas y camilla (80 cm).	
C5-11	No existe desnivel entre el piso de la habitación y el del baño o del pasillo.	
C5-12	La puerta del baño se abre hacia el interior de la habitación.	
C5-13	En la enfermería existe lavatorio con jabón y toallas de papel.	
C5-14	En las habitaciones múltiples es preservada la privacidad del paciente. (Mamparas, cortinas, otros) (En caso de no poseer habitaciones múltiples, dar como positiva la respuesta).	
C5-15	Las habitaciones poseen iluminación y climatización adecuada.	
C5-16	Las habitaciones poseen mobiliario adecuado.	



A stylized illustration of a tree with a thick trunk and several thin, curved branches. The tree is positioned on the left side of the page. The background is a solid blue color. At the bottom of the page, there is a white horizontal band containing the title and year. The overall design is clean and modern.

# **Manual de Categorización y Acreditación**

**de la Superintendencia de Salud**  
**Año 2009**