**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA FASE DE SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIOS FINALES** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **1. CONSULTA EXTERNA** | | | | | |
| **Cómo servicio organizado** | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con consulta externa | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| **Consulta de especialidades médicas** | | | | **DIARIO** | **PERIODICO** |
| Medicina interna | | | |  |  |
| Neumología |  |  |  |  |  |
| Cardiología | | | |  |  |
| Neurología | | | |  |  |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología (con experiencia en el seguimiento postrasplante) | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Infectología | | | |  |  |
| Ginecología |  |  |  |  |  |
| Oftalmología |  |  |  |  |  |
| Otorrinolaringología | |  |  |  |  |
| Psiquiatría / psicología | | | |  |  |
| Nutrición | | | |  |  |
| Odontología |  |  |  |  |  |
| Endocrinología | | | |  |  |
| Fisioterapia | | | |  |  |
| Personal de trabajo social | | | |  |  |
| Otros (describa) | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **2. URGENCIA** | | | | | |
| **Cómo servicio organizado** | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de urgencias | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| **Cuenta con turno de** | | | | **ESTABLE** | **DISPONIBLE** |
| Médico general | | | |  |  |
| **Cuenta con turnos de especialistas** | | | |  |  |
| Médico internista | | | |  |  |
| Pediatra | | | |  |  |
| Anestesiólogo | | | |  |  |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología | | |  |  |  |
| Cirugía general | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **Brinda atención** | | | | **24h** | **12h** |
| Como servicio | | | |  |  |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** | | | | | |
| **Horario** | | | | **24h** | **DIA** |
| Laboratorio | | | |  |  |
| Radiología | | | |  |  |
| Transfusiones | | | |  |  |
| Anestesiología | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. HOSPITALIZACIÓN** | | | | | |
|  | | | |  |  |
| **Habitación** | | | | **SI** | **NO** |
| Individual | | | |  |  |
| Aislada | | | |  |  |
| Baño exclusivo | | | |  |  |
| Con ducha | | | |  |  |
| Extractor de aire | | | |  |  |
| Luces bajas y altas | | | |  |  |
| Sistema comunicación con enfermería | | | |  |  |
| Cama hospitalaria | | | |  |  |
| Sala de aislamiento | | | |  |  |
| **Tiene personal asignado a hospitalización específicamente** | | | |  |  |
| Las 24 horas | | | |  |  |
| Médico | | | |  |  |
| Enfermería | | | |  |  |
| Central de enfermería | | | |  |  |
| Coche de paro | | | |  |  |
| Carro de curaciones | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** | | | |  |  |
| Horario | | | | **DIURNO** | **24 HORAS** |
| Radiología | | | |  |  |
| Transfusiones | | | |  |  |
| Laboratorio | | | |  |  |
| Farmacia | | | |  |  |
| Electrodiagnóstico | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** | | | | | |
| **Realiza seguimiento a pacientes** | | | |  |  |
| A cargo de: | | | | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico especialista | | | |  |  |
| Trabajadora social | | | |  |  |
| Otro | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **5- MEDICINA PREVENTIVA** | | | | | |
| **Programa de educación en Salud:** | | | | **PROGRAMA** | **SIN PROGRAMA** |
| Charlas | | | |  |  |
| Videos | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
| Vigilancia epidemiológica área de responsabilidad | | | |  |  |
| Notifica enfermedades de reporte obligatorio | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **6. SANEAMIENTO AMBIENTAL** | | | | | |
| Cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio de atención al medio ambiente | | | |  |  |
| **A cargo de: excluyentes** | | | |  |  |
| Promotor de Saneamiento | | | |  |  |
| Supervisor de Saneamiento | | | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
| **Realiza acciones de control de** | | | |  |  |
| Eliminación de basuras | | | |  |  |
| Alimentos | | | |  |  |
| Salud ocupacional | | | |  |  |
| **Servicios intermedios** | | | | | |
|
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **7. FARMACIA** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de farmacia | | | |  |  |
| Centralizado | | | |  |  |
| **A cargo de** | | Excluyentes | |  | |
| Químico farmacéutico | | | |  |  |
| Otros: | | | |  |  |
| **Tiene depósito** | |  | |  | |
| General | | | |  |  |
| Especial para sicofármacos | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **8. ENFERMERÍA** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de enfermería | | | |  |  |
| A cargo de | |  | |  | |
| Enfermera | | | |  |  |
| Tiene personal asignado Horarios excluyentes hora | | | | **8 HORAS** | **8 A 16 HORAS** |
| Consulta externa | | | |  |  |
| Preparación de materiales | | | |  |  |
| Bloque quirúrgico | | | |  |  |
| Hospitalización | | | |  |  |
| Cuidados intensivos | | | |  |  |
| Recuperación | | | |  |  |
| Urgencias | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **9. SERVICIO POR IMÁGENES** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | |  |  |
| Cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio organizado de diagnóstico por imágenes | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| Realiza | | | |  |  |
| Radiografía simple | | | |  |  |
| Ecografía (abdominal ) | | | |  |  |
| Tomografía | | | |  |  |
| Gammagrafía |  |  |  |  |  |
| Resonancia magnética | | | |  |  |
| Endoscopia digestiva alta | |  |  |  |  |
| Colonoscopía |  |  |  |  |  |
| CPRE |  |  |  |  |  |
| Protocolos para procedimientos invasivos | | | |  |  |
| Protocolos para procedimientos con sedación y o analgesia | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **A cargo de** | | **Excluyente** | | **SI** | **NO** |
| Médico radiólogo | | | |  |  |
| Técnico radiólogo | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **10. LABORATORIO CLÍNICO** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con laboratorio | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| A cargo de | | Excluyente | |  |  |
| Médico patólogo | | | |  |  |
| Laboratorista | | | |  |  |
| Técnico laboratorista | | | |  |  |
| Auxiliar de laboratorio | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Toma de muestras | | | |  |  |
| Test reactivo | | | |  |  |
| Hematología | | | |  |  |
| Química sanguínea completa | |  |  |  |  |
| Perfil hormonal |  |  |  |  |  |
| **Serología** | | | | | |
| \* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)a | | |  |  |  |
| \* Hepatitis B: VHB - antígeno de superficie (hbsag)(a) | | | |  |  |
| \* VHB - antígeno core (hbcac igm/igg)(b) | | |  |  |  |
| \* VHB - anticuerpo de superficie (hbsac) | | |  |  |  |
| \* ADN - VHB en plasma si hbcac positivo | | |  |  |  |
| \* Hepatitis C (ELISA y PCR) | |  |  |  |  |
| \* Citomegalovirus (CMV igg/igm) | |  |  |  |  |
| \* Epstein -Barr (EBV igg7igm) | |  |  |  |  |
| \* Vdrl |  |  |  |  |  |
| \* Ig G para Varicela-zóster | |  |  |  |  |
| \* Herpes I y II |  |  |  |  |  |
| \* Rubeola. |  |  |  |  |  |
| \* Chagas |  |  |  |  |  |
| \* Detección de Treponema palidum, toxoplasma. | | |  |  |  |
| \* Ppd (mantoux). | |  |  |  |  |
| Microbiología | | | |  |  |
| Patología | | | |  |  |
| Dosificación de inmunosupresores | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **10. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE** | | | | | |
| Cuenta con | | Excluyentes | | **SI** | **NO** |
| Servicio de transfusiones | | | |  |  |
| Banco de sangre | | | |  |  |
| A cargo de | | Excluyentes | |  | |
| Médico hematólogo | | | |  |  |
| Bacteriólogo | | | |  |  |
| Auxiliar de banco de sangre | | | |  |  |
| Realiza | | | |  |  |
| Extracción de sangre para banco | | | |  |  |
| Determinación de grupo A, B, O, Rh | | | |  |  |
| Detección de anticuerpos | | | |  |  |
| Almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos | | | |  |  |
| Stocks de insumos | | | |  |  |
| Transfusiones de sangre | | | |  |  |
| Estudios de compatibilidad | | | |  |  |
| Vigilancia de efectos adversos | | | |  |  |
| Administración de transfusiones | | | |  |  |
| Concentrado de glóbulos rojos | | | |  |  |
| Concentrado plaquetario | | | |  |  |
| Suero antihemofílico | | | |  |  |
| Exanguíneotransfusión | | | |  |  |
| Registro de actividades | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **11. ANATOMÍA PATOLÓGICA** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de anatomía patológica | | | |  |  |
| A cargo de | | Excluyentes | |  |  |
| Patólogo | | | |  |  |
| Citotécnico | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Necropsias | | | |  |  |
| Biopsias | | | |  |  |
| Biopsias por congelación | |  |  |  |  |
| Citologías | | | |  |  |
| Posee protocolos o guías de manejos de procedimientos | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **12. CUIDADOS INTENSIVOS** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con personal de enfermería capacitado | | | |  |  |
| **Cuenta con áreas para atención intensiva** | | | |  | |
| Renal | | | |  |  |
| Cardiovascular | | | |  |  |
| Neurológica | | | |  |  |
| Área de Aislamiento | | | |  |  |
| Fácil acceso a centro quirúrgico | | | |  |  |
| Fácil acceso a hospitalización | | | |  |  |
| Personal médico especialista del servicio | | | |  |  |
| Equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) | | | |  |  |
| Bomba de infusión | | | |  |  |
| Toma y máquina de Diálisis | | | |  |  |
| Sistema de calentamiento de líquidos y sangre | | | |  |  |
| Equipo mínimo para manejo de vía aérea (laringoscopio con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación) | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **13. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA** | | | | | |
| Realiza entrenamiento al personal | | | | **SI** | **NO** |
| A médico | | | |  |  |
| A paramédico | | | |  |  |
| A administrativo | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Instrucción formal | | | |  |  |
| Instrucción no formal | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **14. DOCENCIA UNIVERSITARIA** | | | | | |
| **Tiene internos en los servicios de** | | | | **SI** | **NO** |
| Medicina interna | | | |  |  |
| Cirugía general | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Gastroenterología | | | |  |  |
| **Tiene postgradistas en los servicios de** | | | |  | |
| Medicina interna | | | |  |  |
| Cirugía general | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Gastroenterología | |  |  |  |  |
| Terapia intensiva | | | |  |  |
| Otra capacitación de pregrado | | | |  |  |
| Otra capacitación de postgrado | | | |  |  |
| En los siguientes servicios | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **Servicios administrativos** | | | | | |
|  | | | | | |
| **15- DIRECCIÓN** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director | | | |  |  |
| Especializado en Salud Pública o Administración de Salud | | | |  |  |
| **Cuenta con comités de apoyo a la dirección describa** | | | |  |  |
| Infecciones | | | |  |  |
| Trasplantes | | | |  |  |
| Farmacovigilancia | |  |  |  |  |
| Bioética |  |  |  |  |  |
| Calidad | | | |  |  |
| Otras describa | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con Comité Técnico Asesor | | | |  |  |
| Juntas de Apoyo al hospital | | | |  |  |
| Otras describa | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  |  | | | | |
| **16. ADMINISTRACIÓN** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador | | | |  |  |
| Con capacitación específica | | | |  |  |
| Tiene personal exclusivamente dedicado a | | | |  |  |
| Personal | | | |  |  |
| Suministros | | | |  |  |
| Financiero | | | |  |  |
| Información | | | |  |  |
| Servicios generales | | | |  |  |
| Mantenimiento | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **17. TALENTO HUMANO** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Talento Humano | | | |  |  |
| **A cargo de** | | | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Tiene personal designado a** | | | |  |  |
| Selección y registro de Talento Humano | | | |  |  |
| Control de Talento Humano | | | |  |  |
| Desarrollo de Talento Humano | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **18. SUMINISTROS** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con departamento de suministros | | | |  |  |
| Centralizado | | | |  |  |
| **A cargo de** | | | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Designa personal a** | | | |  |  |
| Adquisiciones | | | |  |  |
| Almacén | | | |  |  |
| Inventarios | | | |  |  |
|  |  | | | | |
| **19. FINANCIERO** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento financiero | | | |  |  |
| **A cargo de** | |  | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Designa personal exclusivamente a** | | | |  |  |
| Presupuesto | | | |  |  |
| Contabilidad | | | |  |  |
| Costos | | | |  |  |
| Tesorería y Cajas | | | |  |  |
| Cuentas y Cobranzas | | | |  |  |
| **Existe un sistema de costos establecido por** | | | |  |  |
| Actividad | | | |  |  |
| Departamento | | | |  |  |
| Paciente | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **20. ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Tiene servicio de información | | | |  |  |
| **A cargo de** | | **Excluyentes** | |  | |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Designa personal a** | | | |  | |
| Admisión | | | |  |  |
| Registros médicos | | | |  |  |
| Procesamiento de datos | | | |  |  |
| Emisión y análisis de la información | | | |  |  |
| **Cuenta con** | | | |  | |
| Archivo centralizado | | | |  |  |
| Historia clínica única | | | |  |  |
| Índice diagnóstico | | | |  |  |
| **El procesamiento de datos se realiza Excluyentes** | | | |  | |
| Manual | | | |  |  |
| Sistematizado | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **21. SERVICIOS GENERALES** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento de servicios generales | | | |  |  |
| **A cargo de** | | **Excluyentes** | |  | |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
| **Designa personal a** | | | |  | |
| Comunicaciones | | | |  |  |
| Transporte | | | |  |  |
| Aseo | | | |  |  |
| Cocina | | | |  |  |
| Lavandería y ropería | | | |  |  |
| Vigilancia | | | |  |  |
| **Cuenta con** | | | |  | |
| Radioteléfono | | | |  |  |
| Teléfono | | | |  |  |
| Ambulancia | | | |  |  |
| Vehículos de uso múltiple | | | |  |  |
| Servicio centralizado para preparación de alimentos | | | |  |  |
| Cocinas auxiliares o de piso | | | |  |  |
| **Lavandería** | | | |  | |
| Tiene lavandería | | | |  |  |
| Manual | | | |  |  |
| Semimecanizado | | | |  |  |
| Automatizado | | | |  |  |
| Tercerizado | | | |  |  |
| **Ropería** | | | |  | |
| Tiene ropería | | | |  |  |
| Confecciona ropa | | | |  |  |
| Repara ropa | | | |  |  |
| Personal de aseo específico | | | |  |  |
| Áreas estériles | | | |  |  |
| Manual de bioseguridad | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **22. MANTENIMIENTO** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Mantenimiento | | | |  |  |
| **A cargo de** | | **Excluyentes** | |  | |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| Otro | | | |  |  |
| **Realiza mantenimiento verificar plan por equipos** | | | |  | |
| Correctivo | | | |  |  |
| Preventivo | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Derechos de los pacientes** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **23. DERECHOS** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| **Se entrega información en formato y lenguaje claro y sencillo, a los y las pacientes, incluyendo información específica sobre el relacionado a estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.** | | | |  |  |
| A.     Sobre sus derechos | | | |  |  |
| B.    Sobres sus responsabilidades | | | |  |  |
| **La institución presta atención respetuosa ante los valores, durante la realización de procedimientos, exploraciones y tratamientos.** | | | |  |  |
| A.     Ante los valores de los pacientes | | | |  |  |
| B.    Ante las creencias | | | |  |  |
| C.     Ante su intimidad | | | |  |  |
| **Se identifica correctamente al paciente (utilizando identificadores) sin incluir el número de habitación.** | | | |  |  |
| El proceso se realiza antes de la ejecución de procedimientos y tratamientos. | | | |  |  |
| La Unidad de Salud y el personal que labora, respetan y garantizan la confidencialidad de la información proporcionada por el o la paciente, durante el proceso de trasplante, incluyendo, el secreto de su estancia en la unidad de salud, salvo por exigencias legales imprescindibles. | | | |  |  |
| **La Unidad de Salud, dispone de procedimientos que definen el proceso para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto, que incluye** | | | |  |  |
| A.     Identificación del área quirúrgica, | | | |  |  |
| B.    Verificación correcta de los documentos del paciente | | | |  |  |
| C.     Funcionamiento correcto de los equipos. | | | |  |  |
| La Unidad de Salud, dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las aéreas relacionadas con el trasplante de órganos y tejidos. | | | |  |  |
| **La institución implementa medidas y procedimientos para** | | | |  |  |
| A.     Reducir el riesgo de daño al paciente, producido por caídas | | | |  |  |
| B.    Proteger contra agresiones físicas por parte de visitas, otros pacientes y del personal. | | | |  |  |
| **La institución identifica y proporciona protección a:** | | | |  |  |
| A.     Niños | | | |  |  |
| B.    Ancianos | | | |  |  |
| C.     Discapacitados | | | |  |  |
| D.    Demás población vulnerable | | | |  |  |
| **La institución proporciona información en un lenguaje que puedan entender los pacientes y familiares, cuando sea oportuno, sobre:** | | | |  |  |
| A.     El estado médico | | | |  |  |
| B.    Diagnóstico | | | |  |  |
| C.     Consentimiento e imprevistos | | | |  |  |
| **Se describen en documentos oficiales de la Unidad de Salud:** | | | |  |  |
| A.     Los casos en que debe requerir el consentimiento informado | | | |  |  |
| B.    El documento y/o formulario, que describa las características e información sobre el procedimiento a realizar | | | |  |  |
| C.     Objetivos de la intervención | | | |  |  |
| D.    Sus características | | | |  |  |
| E.     Problemas relacionados con la recuperación | | | |  |  |
| F.     Nombres y firma del paciente | | | |  |  |
| G.    Del profesional responsable | | | |  |  |
| H.     Fecha de obtención del consentimiento. | | | |  |  |
| El procedimiento quirúrgico no se inicia hasta que todas las preguntas y preocupaciones del paciente y familiares, queden resueltas. | | | |  |  |
| La institución proporciona información para fortalecer la decisión de donación de órganos y tejidos. | | | |  |  |
| La institución dispone de convenios de actividad docente asistencial con centros universitarios, aprobados por la dirección del centro y que incluyan el respeto a la dignidad y derechos de los pacientes. | | | |  |  |
| **La Unidad de Salud, dispone de registros de investigaciones en seres humanos,** | | | |  |  |
| A.     Aprobadas por los comités de bioética e investigación | | | |  |  |
| B.    Autorizados por la autoridad sanitaria nacional. | | | |  |  |
| **Los pacientes en espera de trasplante y/o trasplantados en condiciones de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.** | | | |  |  |