



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
P U E R T O R I C O
Departamento de Salud

2015

**REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NÚM. 000 PARA REGLAMENTAR EL
LICENCIAMIENTO, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS HOSPITALES EN EL
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NÚM.
PARA REGLAMENTAR EL LICENCIAMIENTO, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO
DE LOS HOSPITALES EN EL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

CAPÍTULO I PROPÓSITO Y APLICABILIDAD	1
CAPÍTULO II DEFINICIONES.....	2
CAPÍTULO III LICENCIAS.....	3
CAPÍTULO IV INSPECCIONES.....	9
CAPÍTULO V DERECHOS DEL PACIENTE	11
CAPÍTULO VI SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN	15
CAPÍTULO VII EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA	16
CAPÍTULO VIII CURSOS HUMANOS	17
CAPÍTULO IX GOBIERNO	20
CAPÍTULO X FACULTAD MÉDICA Y DENTAL	24
CAPÍTULO XI SERVICIOS CLÍNICOS	31
CAPÍTULO XII ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD	35
CAPÍTULO XIII SERVICIOS DE TELEMEDICINA	58
CAPÍTULO XIV MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	61
CAPÍTULO XV SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	65
CAPÍTULO XVI SERVICIO DE ANESTESIA SALA DE OPERACIONES Y SALA DE RECUPERACIÓN.....	70
CAPÍTULO XVII SERVICIOS DE CLÍNICAS EXTERNAS.....	78
CAPÍTULO XVIII SERVICIO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	81
CAPÍTULO XIX SERVICIOS DENTALES	86
CAPÍTULO XX SERVICIO DE MEDICINA Y DE REHABILITACIÓN	87
CAPÍTULO XXI SERVICIOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS PATOLOGÍA ANATÓMICA Y BANCO DE SANGRE.....	90
CAPÍTULO XXII SALAS DE EMERGENCIA	92
CAPÍTULO XXIII SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.....	107
CAPÍTULO XXIV SERVICIOS FARMACÉUTICOS	115
CAPÍTULO XXV SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA.....	121
CAPÍTULO XXVI PROGRAMA DE SEGURIDAD Y PLANTA FÍSICA.....	124
CAPÍTULO XXVII PROGRAMA DE UTILIZACIÓN.....	130
CAPÍTULO XXVIII PROGRAMA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES	133
CAPÍTULO XXIX SERVICIOS DE LAVANDERÍA.....	136
CAPÍTULO XXX PROGRAMA PLANIFICACIÓN DE ALTA	138
CAPÍTULO XXXI SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.....	140
CAPÍTULO XXXII SERVICIO DE RADIOTERAPIA	143
CAPÍTULO XXXIII DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	145
CAPÍTULO XXXIV SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL.....	148
CAPÍTULO XXXV HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	150

CAPÍTULO XXXVIHOSPITAL CERTIFICADO COMO FACILIDAD DE TURISMO MEDICO	155
CAPÍTULO XXXVIIIDISPOSICIONES GENERALES	158

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD NÚMERO PARA REGLAMENTAR
EL LICENCIAMIENTO, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS HOSPITALES
EN EL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

CAPÍTULO I

PROPÓSITO Y APLICABILIDAD

Artículo 1. Base Legal

Sección 1. Se promulga este Reglamento en virtud de la Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, la cual delega en el Secretario de Salud la responsabilidad de velar por la calidad de los servicios de salud al pueblo de Puerto Rico, y las disposiciones de la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como *Ley de Facilidades de Salud*, la cual faculta al Secretario de Salud a llevar a cabo una serie de actividades conducentes a garantizar al pueblo de Puerto Rico que la construcción, operación y mantenimiento de las Facilidades de Salud en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico se realicen observando parámetros y normas de calidad que garanticen servicios de salud adecuados y de excelencia.

Sección 2. Todo procedimiento adjudicativo establecido en este Reglamento se llevará a cabo de conformidad con la Ley Número 170, de 12 de agosto de 1988, según enmendada, y conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.

Sección 3. A través de las disposiciones establecidas en este Reglamento, el Secretario de Salud tendrá la facultad de vigilar y condicionar el licenciamiento de las Facilidades hospitalarias, al cumplimiento de toda aquella legislación y regulación estatal, aplicable a los hospitales en Puerto Rico y los profesionales de la salud que allí laboren, así como toda aquella legislación, regulación federal y nuevos estándares, aplicables a los hospitales en Puerto Rico y los profesionales de la salud que allí laboren, cuyo campo esté ocupado por la misma.

Artículo 2. Propósito

Se aprueba este Reglamento con el propósito de establecer aquellas normas y parámetros que regirán el licenciamiento, operación y mantenimiento de los Hospitales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La adopción de este Reglamento persigue asegurar la operación eficiente de los hospitales a ser licenciados, así como que en éstos se brinden servicios de la más alta calidad a nuestro pueblo, y para derogar las disposiciones relevantes a Hospitales del Reglamento Número 117 de 21 de diciembre de 2004.

Artículo 3. Aplicabilidad

Sección 1. Este Reglamento será aplicable a todas las Facilidades hospitalarias, según definidas en este Reglamento, incluyendo todas las Facilidades clasificadas correctionales, las cuales cumplirá con las disposiciones de este Reglamento. Este Reglamento deroga las disposiciones del Reglamento del Secretario de Salud Número 117, relacionado a las Facilidades hospitalarias que aquí se reglamentan.

Sección 2. La aplicabilidad de este Reglamento no se limitará a las Facilidades o clasificación de Facilidades enumeradas en la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, sino además, a aquellas Facilidades de salud que el Secretario de Salud entienda sean necesarias vigilar, reglamentar y licenciar en virtud del mandato conferido por la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y la Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, de velar por la calidad de los servicios de salud al pueblo de Puerto Rico.

Sección 3. El Secretario de Salud podrá imponer requisitos adicionales a los establecidos en este Reglamento cuando sean necesarios al interés de la salud y seguridad de los individuos que reciban servicios en las Facilidades de salud reglamentadas en virtud de este Reglamento.

Artículo 4. Interpretación y Separabilidad

Sección 1. Las palabras y frases en este Reglamento se interpretarán según el contexto y el significado avalado en el uso común y corriente. Las voces usadas en este Reglamento en el tiempo presente incluyen también el futuro; las usadas en el género masculino incluyen el femenino y neutro, salvo en los casos que tal interpretación resultare absurda; el número singular incluye al plural y el plural incluye al singular, siempre que la interpretación no contravenga el propósito de la disposición.

Sección 2. De enmendarse uno o varios de los Artículos contenidos en este Reglamento, o en caso de que una palabra, Inciso, Artículo, Sección, Capítulo o parte del Reglamento fuese decretado inconstitucional por el Tribunal Supremo de Puerto Rico, o por otro Tribunal con jurisdicción y competencia, las restantes disposiciones de este Reglamento mantendrán su vigencia.

CAPÍTULO II

DEFINICIONES

Para los fines de este Reglamento, los términos aquí incluidos tendrán las definiciones que se indican a continuación:

- (a) Hospital - significa una Facilidad debidamente constituida como tal para prestar servicios a la comunidad. Dichos servicios incluyen: diagnóstico para enfermedades, lesiones y tratamiento gineco-obstétrico a pacientes hospitalizados. Además incluye los servicios médicos auxiliares mínimos necesarios de acuerdo al tipo de hospital los cuales pueden ser prestados en la misma Facilidad o por contrato.
- (b) Hospital General - significa cualquier Hospital para el cuidado médico o de cirugía de corta duración de enfermedades o lesiones, incluyendo obstetricia y ginecología.
- (c) Hospital Psiquiátrico - significa un Hospital para el diagnóstico y tratamiento comprensivo de pacientes con enfermedades mentales y adictivas.
- (d) Hospital Especializado - significa un Hospital que provee cuidado médico a una población específica en términos de tipo de servicios o grupos de edades. Se podrá considerar un hospital especializado aquel Hospital General donde se incluyan unidades de cuidado psiquiátrico.
- (e) Hospital de Rehabilitación - significa un Hospital que provee cuidado médico a pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas. El servicio estará dirigido a la rehabilitación física, emocional y social del paciente. Estos servicios serán guiados por el plan interdisciplinario elaborado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.
- (f) Secretario - significa el Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (g) Persona - significa cualquier individuo, firma, sociedad, sindicato, corporación, asociación, sociedad o sucesores legales, ya sea de naturaleza natural o jurídica.
- (h) Secretario Auxiliar - significa el Secretario Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Salud.
- (i) Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud - significa

dependencia del Departamento de Salud a cargo de la inspección y del licenciamiento de Facilidades de salud en Puerto Rico, entre otras.

- (j) Construcción - incluye la construcción de edificios nuevos, la expansión, remodelación y alteración de edificios existentes, el costo de equipo inicial de dichas Facilidades, el costo de las Facilidades de transportación médica, honorarios de arquitectos y el costo de adquisición de terreno cuando se trate de Centros de Salud Pública; incluye el costo del terreno en todos los demás casos y el costo de mejoramiento de locales adyacentes.
- (k) Modernización - incluye alteraciones, reparaciones mayores, remodelaciones, sustituciones y renovación de edificios existentes (incluyendo equipo obsoleto) dentro de las limitaciones que establezcan las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables.
- (l) Unidad de Gobierno - significa el Gobierno Estatal, cualquier municipio u otra subdivisión política, cualquier departamento, división, junta, agencia o instrumentalidad de los mismos.
- (m) Ley 101 - significa Ley Núm. 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada.
- (n) Certificación de CMS - Se refiere a la acción del Estado para determinar que las instituciones de salud cumplen con los estándares federales, para proveer servicios a la población asegurada por la Ley del Seguro Social Federal.
- (o) JCI - *Joint Commission International*
- (p) Convalidar-reconocer o aceptar las inspecciones y/o evaluaciones realizadas por otras agencias acreditadoras.
- (q) Turismo Médico – Modalidad de prestación de servicios a pacientes extranjeros, que visitan la isla para acceder servicios de salud.

CAPÍTULO III

LICENCIAS

Artículo 1. Requisito de Licencia

Será requisito para todo Hospital, según definidos en el Capítulo II, Artículo 1 de este Reglamento, que opere en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, tener una licencia expedida por el Secretario de Salud.

Ninguna persona natural o jurídica podrá operar una Facilidad Hospitalaria sin que la Facilidad cuente con la licencia correspondiente.

Artículo 2. Solicitud de Licencia

Sección 1. Nueva Solicitud

- a) Se tramitará después de haber obtenido el Certificado de Necesidad y Conveniencia (CNC) y treinta (30) días antes del comienzo proyectado de las operaciones
- b) Deberá someter certificación de planos de construcción de Facilidades de Salud en conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 81 del 14 de mayo del 1912, conocida como la *Ley Orgánica del Departamento de Salud* y de la Ley Núm. 101 del 26 de junio del 1965 conocida como la *Ley de Facilidades de Salud* según enmendada, debidamente certificado por el arquitecto o ingeniero a cargo del desarrollo del proyecto, según aplique
- c) Una vez transcurrido el año de operación, el Hospital deberá cumplir, con el requisito de radicación anual de la Declaración de Información Estadística. El no cumplir con el requisito de radicar la antedicha declaración podría

conllevar la denegación y/o revocación de la licencia

Sección 2. **Solicitud de Renovación**

- (a) En los casos de renovación de licencia, ésta se tramitará sesenta (60) días antes de la fecha de expiración de la misma
- (b) La solicitud de renovación de licencia deberá estar acompañada del formulario de Declaración de Información Estadística debidamente completado. La Facilidad Hospitalaria deberá someter anualmente la Declaración de Información Estadística. El no cumplir con el requisito de radicar la antedicha declaración podría conllevar la denegación y/o revocación de licencia

Sección 3. **Documentación**

- a) La solicitud de licencia se hará en los formularios oficiales que prescriba el Departamento de Salud. Esta, deberá estar debidamente completada en todas sus partes, firmada por la Autoridad Ejecutiva de la organización o persona designada por el gobierno de la Facilidad y juramentada ante Notario Público
- b) La solicitud deberá incluir copia de aquellos documentos requeridos por el Departamento de Salud, según aplique. Estos incluirán, pero sin que se entienda como limitación:
 - 1) Licencia sanitaria expedida por la División de Salud Ambiental.
 - 2) Las Facilidades a operar por primera vez, de ampliación, remodelación o nueva construcción, el permiso de uso otorgado por la Administración de Reglamentos y Permisos (ARPE).
 - 3) Certificación de salud radiológica vigente otorgado por el Programa de Salud Radiológica.
 - 4) Certificado de inspección y endoso de bomberos vigente expedido por el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico.
 - 5) Licencias de farmacia y laboratorio vigentes emitidas por la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud,
 - 6) Facilidades que presten servicios de hospitalización o recuperación para pacientes de salud mental y trastornos adictivos deberá presentar evidencia de licencia para ofrecer servicios expedidos por ASSMCA o evidencia del trámite de solicitud de la misma.
 - 7) Certificado de inspección de ascensores.
 - 8) Contrato vigente con la Organización de Recuperación de órganos (*OrganProcurementOrganization*) certificada por CMS.
 - 9) Certificación de cumplimiento con la Ley Número 133, del 18 de junio de 1999 y su Reglamento Número 102.
 - 10) Lista de los profesionales de salud con sus respectivos números de licencia.
 - 11) Evidencia del cumplimiento con la Ley Número 240 del 15 de agosto de 1999, ley para requerir que todos los hospitales en Puerto Rico, públicos y privados dispongan de los servicios de ambulancia.
 - 12) Evidencia de exenciones o exoneraciones de acuerdo a las regulaciones establecidas por el Código de Rentas Internas de Puerto Rico, según enmendado¹.
- 1) Evidenciar documentos relacionados con responsabilidad financiera, según sean solicitados por el Departamento.
- 2) La Secretaria Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, podrá requerir otros documentos que el Secretario de Salud mediante Orden Administrativa y/o Carta Circular entienda necesario.

Sección 4. **Pago de Cuota**

¹Ley Núm. 117 de 4 de julio de 2006

- (a) La solicitud de licencia estará acompañada del pago de la cuota que se establece en la Ley Número 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada.
- (b) El pago de la cuota, de solicitud de licencia se efectuará a través de giro postal o cheque certificado de gerente a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

Artículo 3. Expedición de Licencias

Sección 1. El Departamento de Salud tramitará la expedición de una licencia para funcionar y mantener a todas aquellas Facilidades Hospitalarias, que, a juicio del Secretario de Salud, o su representante autorizado, cumplan sustancialmente con el proceso de solicitud de licencia y requisitos de inspección correspondiente.

Sección 2. Las licencias se expedirán en la forma y modelo que determine el Secretario de Salud.

Sección 3. La licencia se colocará en un lugar visible al público dentro del edificio del Hospital, siendo obligación del poseedor conservarla en buen estado. En caso de extravío o pérdida de la licencia, su poseedor deberá notificarlo inmediatamente, por escrito al Secretario y solicitar, a su costo, un duplicado. Esta disposición aplicará tanto a las licencias provisionales como a las permanentes.

Sección 4. Las licencias expedidas a los Hospitales estarán vigentes por dos (2) años, excepto aquellas emitidas provisionalmente bajo los términos y condiciones expresados en el Artículo 4, Capítulo III de este Reglamento.

Sección 5. Cada licencia será otorgada únicamente para el lugar y planta física mencionada en la solicitud y a nombre de la persona o unidad gubernamental solicitante que posea un Certificado de Necesidad y Conveniencia, cuando el mismo sea requerido por disposición de ley.

Sección 6. La licencia no podrá ser transferida o reasignada a otra persona o unidad gubernamental, excepto con la aprobación escrita del Secretario de Salud.

Sección 7. Cualquier cambio en el control efectivo del tenedor de la licencia se considerará un cambio en la entidad propietaria para los efectos de este Reglamento, lo que requerirá una nueva solicitud de licencia o un traspaso de la existente. El Departamento de Salud podrá expedir una licencia sustituyendo la anterior por el periodo restante a la fecha de vigencia de la licencia original.

Sección 8. Cualquier mudanza de lugar o planta física del Hospital se considerará un cambio en la acción autorizada en la licencia otorgada por el Departamento de Salud. El tenedor de la licencia tendrá que notificar por escrito, previo a cualquier acción, los planes de la mudanza y someter solicitud de licencia para el nuevo local, debidamente documentada, sin necesidad de pagar cuota adicional, siempre y cuando: (1) el propietario siga siendo el mismo, y (2) no se utilice un número mayor de camas al autorizado en la licencia original.

Sección 9. Cualquier mudanza de lugar o planta física del Hospital, requerirá cumplir con las disposiciones que regulan la Ley y el Reglamento sobre Certificados de Necesidad y Conveniencia.

Sección 10. En caso de que cesen las operaciones de un Hospital, la Administración del Hospital, deberá notificar por escrito a la Secretaría Auxiliar Para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (S.A.R.A.F.S.) su intención, la fecha de tal cese y la razón por el mismo. Además, será responsabilidad del poseedor de la licencia devolverla al Departamento de Salud dentro de los diez (10) días siguientes al cese. En caso de que el cese sea uno temporero por razón de una remodelación, ampliación o reparación, el poseedor de la licencia deberá así

notificárselo por escrito a S.A.R.A.F.S. con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha del cese de operaciones. En la notificación escrita tendrá que incluir la fecha para lo cual se proyecta reanudar operaciones.

Sección 11. Cierre parcial: Se considerará como cierre parcial la disminución de la utilización de las camas en un 25% o más de las camas autorizadas por licencia para uso, o el cierre total de la Sala de Emergencia.

Sección 12. En los casos de cierre parcial en la prestación de servicios sustanciales en la operación de la Facilidad, el poseedor de la licencia deberá notificar por escrito a la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha del cierre.

Artículo 4. Licencia Provisional

Sección 1. A toda Facilidad Hospitalaria que inicie sus operaciones, se le concederá una licencia provisional por el término de un (1) año. Esta licencia provisional se otorgará una vez la Facilidad cumpla con la reglamentación aplicable para seguridad y planta física, según lo establecido en los códigos de construcción y códigos de seguridad a la vida vigente al momento de la construcción; y las leyes y reglamentos estatales y federales sobre accesibilidad a personas con impedimentos.

Sección 2. A toda Facilidad Hospitalaria que mediante compra o contrato de administración inicie operaciones, se le concederá una licencia provisional por el término de (1) año. Esta licencia provisional se otorgará una vez la Facilidad cumpla con la reglamentación aplicable para la seguridad y planta física, según lo establecido en los códigos de construcción y códigos de seguridad a la vida vigente al momento de la construcción; y las leyes y reglamentos estatales y federales sobre accesibilidad a personas con impedimentos.

Sección 3. Durante el transcurso de la vigencia de la licencia provisional, el Hospital será inspeccionado para determinar su cumplimiento con este Reglamento.

Sección 4. A discreción del Secretario de Salud, utilizando como criterios, la salud y la seguridad de la ciudadanía, la licencia provisional podrá ser renovada por un término adicional de un (1) año, y estará sujeta a las mismas disposiciones de pago de cuota de licencia. Si al finalizar el segundo período provisional de un (1) año, la Facilidad no cumple con las normas establecidas en este Reglamento, se procederá a cancelar la licencia provisional. En dicho caso, la Facilidad tendrá que suspender sus operaciones, siguiendo el procedimiento establecido en el Artículo 5 de este Capítulo sobre Denegación o Revocación de Licencias y los Procedimientos Administrativos establecidos por el Departamento de Salud.

Sección 5. Las licencias provisionales otorgadas en virtud de esta ley podrán ser revocadas por el Secretario de Salud, cuando peligre la salud y seguridad de las personas dentro del Hospital que opere con dicha licencia.

Sección 6. El Secretario de Salud tendrá facultad para expedir licencias provisionales por un período no mayor de 1 año, en aquellos casos donde sea necesaria una re inspección, o se apruebe un plan de deficiencias sujeto a re inspección.

Sección 7. En el caso de que una Facilidad hospitalaria que posea una licencia, no cumpla sustancialmente con los requisitos para la misma, a juicio del Secretario, previa vista y audiencia, podrá sustituir la licencia por una de carácter provisional con un término de duración no mayor de un (1) año. Durante el transcurso de la vigencia de la licencia provisional se evaluará el cumplimiento de la facilidad con los requisitos de esta reglamentación para la determinación de la licencia que corresponda.

Sección 8. Al finalizar el período prescrito, previo a la determinación de cumplimiento con la

reglamentación aplicable, se otorgará una licencia regular con vigencia de dos (2) años. El cómputo de dos (2) años incluirá el período de tiempo transcurrido con la licencia provisional.

Artículo 5. Denegación o Revocación de Licencias

Sección 1. Previa notificación al solicitante o poseedor de una licencia, después de brindarle la oportunidad de ser oído en una vista, el Departamento de Salud denegará, sustituirá, suspenderá o revocará cualquier licencia en cualquier caso que hallase incumplimiento sustancial con las disposiciones de este Reglamento.

Sección 2. Antes de tener efecto la acción resultante de la decisión del Departamento de Salud, cualquier persona o unidad gubernamental afectada por dicha decisión de denegar, sustituir, suspender o revocar la licencia, tendrá derecho a una vista, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 6 del Capítulo III, de este Reglamento.

Sección 3. El solicitante o poseedor de licencia que haya sido, o crea haber sido, perjudicado por la decisión del Departamento de Salud al negarle, suspenderle, sustituirle o revocarle una licencia, podrá solicitar una vista administrativa ante la Oficina de Asesores Legales del Departamento de Salud.

Artículo 6. Multas Administrativas y Penalidades

Sección 1. Cualquier persona que establezca, dirija, administre u opere una Facilidad Hospitalaria sin la licencia que exige este Reglamento o que violare alguna de sus disposiciones, o cualquier orden emitida por el Secretario de Salud de acuerdo a las disposiciones de este Reglamento, estará sujeto a multas administrativas, siguiendo las salvaguardas procesales que dispone la ley Número 170 del 12 de agosto de 1988, según enmendada. Esto, sin perjuicio de las penalidades que una ley o reglamentación determinada imponga, y relacionada con la violación en cuestión.

Sección 2. En la imposición de multas administrativas, así como para la denegación, suspensión o revocación de licencia, se seguirá el procedimiento que se describe a continuación:

- a) El Departamento de Salud notificará por escrito a la persona o unidad gubernamental afectada, o al solicitante o poseedor de la licencia, del derecho que le asiste a que se le conceda una vista administrativa
- b) La notificación indicará la fecha, hora, lugar de la vista, las violaciones específicas de que se trata, y la acción que se intenta tomar
- c) Dentro de los diez (10) días laborales, después de la fecha de recibo mediante correo certificado del Departamento de Salud, la parte querellada deberá notificar por escrito al Departamento de Salud su asistencia; de no recibirse respuesta de la parte querellada dentro de los diez (10) días siguientes de recibirse la notificación, o de no asistir la parte querellada a la vista, el Departamento de Salud podrá tomar la determinación que proceda sin más citarle ni oírle
- d) El solicitante, poseedor de licencia o unidad gubernamental envuelta podrá estar representado por abogado si así lo desea, o comparecer por propio derecho
- e) Ambas partes tendrán derecho a presentar evidencia sujeta a reglas de admisibilidad razonable y a métodos de presentación razonables, así como a examinar la evidencia presentada y a interrogar los testigos de la otra parte
- f) El Secretario de Salud nombrará para presidir la vista a un funcionario que

no haya participado en la acción a revisarse

- g) El Departamento de Salud deberá rendir su decisión por escrito dentro de los sesenta (60) días subsiguientes a la fecha de la vista. Dicha decisión deberá basarse en la evidencia presentada durante la vista
- h) La multa impuesta por el Departamento de Salud deberá ser pagada en cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se notifique la decisión a la partedelincuente

Artículo 7. Publicación de Suspensión o Revocación de Licencias

El Departamento de Salud publicará en uno o más periódicos de mayor circulación en Puerto Rico, su decisión de suspender o revocar la licencia a un hospital.

CAPÍTULO IV

INSPECCIONES

Artículo 1. Inspección

Sección 1. La Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud² (S.A.R.A.F.S.) programará inspecciones a los hospitales licenciados, durante el término de vigencia de la licencia, con el propósito de determinar el cumplimiento con las disposiciones establecidas en este Reglamento.

Sección 2. Las inspecciones podrán ser iniciales, generales, de seguimiento, o como parte del proceso de investigación de una querrela, o incidente relacionado a los servicios que se brinden en la Facilidad hospitalaria concernida.

Sección 3. Las inspecciones se realizarán por inspectores debidamente autorizados por el Secretario de Salud, a través de S.A.R.A.F.S. Estos, deberán estar siempre identificados, para así mostrar a cualquier persona que le requiera ver una identificación.

Sección 4. El Secretario de Salud podrá ordenar inspecciones en cualquier momento que estime pertinente, sin mediar notificación.

Artículo 2. Autoridad para Entrar en el Local de los Hospitales e Inspeccionar los Expedientes

Sección 1. El Secretario Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, y sus representantes autorizados, inspectores de S.A.R.A.F.S., realizarán las inspecciones o investigaciones que crean necesarias, y podrán revisar cualquier expediente de la Facilidad en forma tal que se pueda constatar el cumplimiento con cada uno de los requisitos de licenciamiento establecidos en este reglamento. Dichas inspecciones podrán llevarse a cabo sin notificación previa.

Artículo 3. Procedimiento para las Visitas de Inspección

Sección 1. A principio de cada año fiscal, S.A.R.A.F.S. le someterá al Secretario de Salud, para su aprobación, un Plan de Inspecciones a Facilidades de Salud, el cual contendrá, entre otros, el número de hospitales que serán incluidos como parte del proceso de inspección y seguimiento durante dicho año fiscal.

Sección 2. A todos los Hospitales se le realizará, como mínimo una inspección general, durante el término de vigencia de la licencia.

Sección 3. Las visitas de las inspecciones iniciales, regulares y de seguimiento se notificarán con tres días de antelación a la misma. La notificación incluirá lista de los documentos que se revisarán durante el proceso de inspección.

Sección 4. Las visitas para investigar querellas se realizarán sin anunciar.

Sección 5. Todo proceso de inspección deberá contener una conferencia de entrada y una conferencia de salida. En la conferencia de entrada, los inspectores se presentarán al personal que designe la administración, expresarán el propósito de la visita de inspección, e indicarán el proceso a llevarse a cabo. Durante la conferencia de salida, los inspectores, le expresarán al personal que designe la administración los hallazgos preliminares encontrados, y el recibo del Informe de Deficiencias y la contestación al mismo, o sea, el Plan de Correcciones.

²SARAFS: Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

Sección 6. Los inspectores de S.A.R.A.F.S. tendrán acceso al Hospital, y a cualquiera información y documentación solicitada, así como podrán entrevistar a pacientes, familiares de pacientes y empleados del Hospital.

Artículo 4. Informe de la Inspección y Plan de Correcciones

Sección 1. El Informe de Inspección incluirá todos los señalamientos de las deficiencias encontradas durante el proceso de evaluación de las Facilidades hospitalarias y será sometido durante los próximos veinte días siguientes a la inspección.

Sección 2. El Secretario Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud podrá extender el período de entrega del informe de inspección bajo circunstancias especiales o por necesidad en servicio.

Sección 3. El Departamento de Salud concederá un término de veinte días a la Facilidad inspeccionada, para que someta un Plan de Corrección para cada una de las deficiencias señaladas.

Sección 4. El Plan de Corrección de la Facilidad deberá especificar para cada deficiencia la acción correctiva, fecha de corrección, método de seguimiento cuando aplique y cualquier otra información pertinente sobre la atención prestada a los señalamientos contenidos en el Informe de Inspección.

Sección 5. Aquellas deficiencias que representan un riesgo a la vida y seguridad del paciente tendrán que ser corregidas inmediatamente.

Sección 6. Sólo se concederán prórrogas de no más de cinco (5) días adicionales para someter un Plan de Correcciones a aquellas facilidades que mediante evidencia escrita presenten solicitud debidamente justificada.

Artículo 5. Inspecciones por otras Agencias Acreditadoras

Sección 1. El Departamento de Salud podrá requerir copia de informes de evaluaciones realizadas por otras agencias acreditadoras a la Facilidad inspeccionada. Este informe podrá utilizarse solamente para ampliar los datos del proceso de inspección.

Artículo 6. Convalidaciones

Sección 1. El Departamento de Salud podrá convalidar parcial o totalmente las evaluaciones realizadas por otras agencias acreditadoras que utilicen parámetros equivalentes a los establecidos en este Reglamento.

Sección 2. La convalidación será vigente por el mismo período de acreditación adjudicado por la Organización acreditadora, siempre que no exceda un período mayor de tres (3) años.

Sección 3. En los casos de convalidación, la Facilidad solicitará por escrito una petición a esos fines, y someterá el informe, certificación o documento que corresponda para evidenciar la acción.

Sección 4. La solicitud de convalidación se radicará en la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud una vez se obtenga la acreditación por la agencia evaluadora.

Artículo 7: Riesgo de Suspensión de Licencia

El Riesgo de Suspensión de Licencia es una categoría administrativa que se activa cuando el Equipo de Inspectores determina deficiencias en las áreas esenciales de prestación de servicios del Hospital y que no han sido corregidas durante tres (3)

visitas de seguimiento. Se consideran las siguientes áreas esenciales para establecer el riesgo de suspensión de licencia:

Sección 1. Seguridad y Planta Física

Dentro de las facilidades físicas de la Institución Hospitalaria existe una amenaza inmediata contra la seguridad del paciente, la salud pública o la seguridad de los empleados y visitantes.

Sección 2. Facultad Médica

Uno o más miembros de la Facultad Médica, no presentan credenciales o las mismas no son vigentes de acuerdo a las leyes y regulaciones de la Junta de Licenciamiento y Disciplinas e Médicos de Puerto Rico.

Sección 3. Servicios de Enfermería

La distribución de personal de enfermería al momento de la inspección no representa la equidad necesaria para atender las necesidades de salud de los pacientes.

Uno o más miembros del personal de enfermería, no presentan credenciales o las mismas no son vigentes de acuerdo a las leyes y regulaciones de la Junta Examinadora de Enfermeros/as de Puerto Rico.

Sección 4. Servicios Expedientes Clínicos

La seguridad, confidencialidad y custodia de la información privilegiada de salud no es garantizada por la Institución Hospitalaria.

Sección 5. Evaluación de la calidad de los servicios

El Hospital no presenta un Plan de evaluación de la calidad de los servicios aceptable dentro del plazo de (120) días desde la primera inspección o no se evidencian actividades dirigidas a promover la calidad de los servicios de los pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO V

DERECHOS DEL PACIENTE

Cada paciente en su carácter individual presenta sus propias necesidades, fortaleza, valores y creencias. Las organizaciones de servicios de salud hospitalarias son responsables de proteger y comprender los valores culturales, psicosociales y espirituales de cada paciente.

Artículo 1. Promoción y Protección de los Derechos del Paciente

Sección 1. Las organizaciones que prestan servicios de salud en facilidades hospitalarias son responsables de promover y proteger los derechos del paciente, su familia o seres significativos.

Sección 2. Las organizaciones que prestan servicios de salud en facilidades hospitalarias tienen que desarrollar e implantar normas que promuevan los derechos de los pacientes, bajo un trato de dignidad y de respeto, garantizando la protección contra abuso y negligencia.

Sección 3. Las organizaciones que prestan servicios de salud en facilidades hospitalarias garantizarán que ningún paciente será discriminado por razón raza, edad, género, origen o identidad étnica o nacional, condición social, creencias religiosas o espirituales, situación económica, orientación sexual, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética,

condición social, capacidad o forma de pago y o estatus migratorio.³

Artículo 2. Notificación y Divulgación de los Derechos

Sección 1. La Organización que presta servicios de salud en Facilidades hospitalarias son responsables de informar al paciente, la familia o representante los derechos y responsabilidades que le asisten como paciente.

Sección 2. La Organización que presta servicios de salud en Facilidades hospitalarias será responsable de establecer las normas y procedimientos que aseguren que el paciente, la familia o su representante sean debidamente informados sobre sus derechos, deberes y responsabilidades.

Sección 3. La Organización establecerá normas y procedimientos para la atención y solución de las querellas del paciente, y la persona a contactar para presentar una queja o querella.

Sección 4. La Organización deberá informarle al paciente sobre el derecho que tiene de presentar quejas o querellas ante la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud o cualquiera otra agencia estatal dedicada a velar por los derechos del paciente. La Organización deberá proveerle al paciente el teléfono y dirección de Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud y las agencias estatales para radicar la queja o querella.

Sección 5. La Administración del Hospital deberá aprobar y ser responsable del funcionamiento efectivo del proceso o mecanismos de manejo de quejas o querellas, y deberá revisar y resolver las mismas, o delegar dicha responsabilidad por escrito.

Sección 6. El mecanismo de manejo de quejas o querellas deberá, como mínimo, contener:

- a) el procedimiento claro y específico para someter una queja o querella ya sea en forma escrita o verbal
- b) el tiempo aproximado que tomará revisar la queja o querella y contestar la misma
- c) al resolver la queja o querella, el Hospital deberá proveer al paciente una notificación por escrito de su decisión. Dicha notificación deberá contener el nombre de la persona contacto en el Hospital, las medidas tomadas a favor del paciente para solucionar la queja o querella, los resultados del proceso, y la fecha en que se completó la investigación

Artículo 3. Ejercicio de los Derechos

Sección 1. La Organización que presta servicios de salud en Facilidades hospitalarias implantará procesos que garanticen que el paciente pueda participar en todos los aspectos de su cuidado.

Sección 2. La Organización proveerá al paciente un consentimiento informado, por escrito, para todos los tratamientos, procedimientos, cirugías, anestesias y procedimientos invasivos que se realicen en cualquier área del hospital.

Sección 3. La Organización garantizará que el cuidado o servicio ofrecido al paciente cumpla con los estándares de la práctica clínica, control de infecciones y seguridad.

Sección 4. La Organización tiene la obligación de informar al paciente sobre todo proceso de investigación en el que pueda ser incluido. La información incluirá y no se limitará a: descripción de los beneficios esperados, los riesgos potenciales, las

alternativas de servicios de salud, una explicación de los procedimientos y una notificación del derecho del paciente a rehusar el mismo, sin comprometer su acceso a los servicios de salud.

Sección 5. La Organización establecerá normas y procedimientos que garanticen el derecho del paciente a declarar directrices médicas adelantadas incluyendo su deseo y preferencia de rechazar o interrumpir tratamientos, renunciar a los procedimientos de resucitación y retirar equipo de mantenimiento vital².

Sección 6. La Organización promoverá el derecho del paciente a recibir una evaluación comprensiva del dolor.

Sección 7. La Organización establecerá mecanismos que asegure que los familiares del paciente y su médico son notificados en un tiempo razonable de su admisión a la Facilidad, a menos que el paciente no lo desee o autorice.

Artículo 4. Derechos

Sección 1. La Organización que ofrece servicios de salud hospitalarios es responsable de establecer procedimientos que garanticen los derechos de todos los pacientes, sin discrimen por razón de edad, sexo, raza, situación económica, credo, religión, ideología política, preferencia sexual o condición de salud física o mental.

Sección 2. El paciente tiene derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad, considerando sus creencias y valores personales.
2. Ser informado verbal y por escrito de una manera que él entienda sus derechos.
3. Participar de todos los aspectos de su cuidado y que se respeten y apoyen sus decisiones.
4. Ser informado de las decisiones que se tomen sobre su cuidado.
5. Solicitar o rehusar tratamiento. Este derecho no incluye el solicitar un tratamiento o servicio que sea medicamento innecesario o inapropiado.
6. Formular directrices anticipadas y que estas sean respetadas por el personal que ofrece servicios o cuidados.
7. Declarar previamente su voluntad referente al tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o estado vegetativo persistente.⁴
8. Nombrar un mandatario que tenga capacidad legal para declarar su voluntad referente al tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o estado vegetativo persistente.³
9. Seccionar sus proveedores de servicios de salud incluyendo médico.
10. Su intimidad personal y privacidad durante su tratamiento y cuidado, esto incluye privacidad visual y auditiva en el manejo del paciente.⁵
11. Que se mantenga la privacidad, confidencialidad y seguridad de su información de salud, con excepción de aquellas cuya reglamentación y legislación permita el acceso de la misma.

⁴Ley Número 160 del 17 de noviembre de 2001.

⁵ICL PFR.1.2

12. Autorizar y consentir el uso o divulgación de información personal de salud que lo identifica.
13. Recibir el cuidado de salud en un ambiente seguro, confortable, libre de riesgos y de acuerdo a sus necesidades.⁶
14. Ser informado sobre cualquier mecanismo de recopilación y reporte de información por sistemas electrónicos relacionados a su cuidado.
15. Estar libre de cualquier forma de abuso, negligencia y hostigamiento.
16. Solicitar y recibir información de su expediente de salud en un espacio de tiempo razonable.
17. Estar libre de cualquier forma de restricción física, de equipo, mecánica o de medicamentos utilizados para disciplinar por conveniencia, como manera de coerción o castigo.
18. Escoger un miembro de su familia o representante legal para que participe en la toma de decisiones de su cuidado de salud.
19. Rehusar a participar en estudios de investigación.
20. Ser debidamente informado sobre el mecanismo que la Facilidad tiene disponible para dirigir sus quejas y a recibir respuesta a éstas.
21. Ser informado, en forma oral y escrita, de las cubiertas o cualquier pago que sea requerido por los servicios antes de que los mismos sean provistos, sin menoscabar y limitar el acceso a los servicios en situaciones de emergencia.
22. Ser informado sobre todas las agencias disponibles para la protección de los derechos humanos u *Ombudsman* y los mecanismos de comunicación con las mismas.
23. Enviar y recibir comunicación escrita; recibir visita de familiares y amigos y utilizar su propia ropa, a menos que interfiera con su salud y durante su estadía en la Facilidad hospitalaria.
24. Acceso telefónico sin ser escuchado.
25. Conocer los riesgos y beneficios de un traslado a otra Facilidad.
26. Rehusar ser transferido a otra Facilidad.
27. Que su alta sea planificada y notificada previamente.
28. Recibir consultoría espiritual.
29. Estar acompañado de un enfermero/a, miembro del mismo sexo, cuando sea examinado por su médico.
30. Que le sea nombrado un representante o tutor legal que actúe en beneficio del paciente en el caso en que el paciente sea declarado mentalmente incompetente, conforme el estado de derecho vigente⁷.

Artículo 5. Derechos de Pacientes Adultos y Niños con Desórdenes Mentales

El paciente adulto o menor con trastornos mentales tiene igualdad de derechos a recibir servicios

⁶JCI.PFRI.3

⁷Ley 408 de 2 de octubre de 2002

adecuados, según lo establecido en la Carta de Derechos del Adulto y del Menor con trastornos mentales⁸. Las organizaciones de servicios de salud mental tienen que asegurar el cumplimiento con las disposiciones de esta ley.

Artículo 6. Derechos sobre Protección a Pacientes de Abuso, Negligencia y hostigamiento

Todo paciente tiene el derecho a estar libre de todas las formas de abuso, negligencia y hostigamiento de parte del personal, visitantes u otros pacientes.

Sección 1. La Organización que ofrece servicios de salud hospitalarios establecerá la política institucional a través de la cual se prohíbe todas las formas de abuso, negligencia u hostigamiento, de parte del personal, visitantes y otros pacientes.

Sección 2. La Organización que ofrece servicios de salud hospitalarios establecerá un mecanismo efectivo para proteger a los pacientes y actuar ante cualquier forma de abuso por la conducta que inflija daño intencional, confinamiento, intimidación o castigo que resulte en daño físico, dolor o angustia mental, incluyendo negligencia o indiferencia del personal hacia la inflexión de daño o intimidación de parte de un paciente a otro.

Sección 3. El paciente tiene derecho a ser orientadosobre los mecanismos de radicación de quejas o querellas en forma verbal o escrita, durante su proceso de admisión y estadía hospitalaria.

Sección 4. La Organización establecerá un proceso efectivo para la identificación, prevención, manejo, investigación y documentación de eventos que puedan ser considerados como abuso, negligencia, hostigamiento y querellas por parte de los pacientes.

Sección 5. La Organización establecerá un procedimiento de investigación inmediata de cualquier situación de posible abuso, negligencia u hostigamiento a paciente identificada por el personal de la Facilidad o personal oficial de agencias reguladoras.

CAPÍTULO VI

SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN

Toda organización dedicada a la prestación de servicios de salud en Facilidades hospitalarias proveerá servicios de transportación de ambulancias para el traslado de pacientes, para aquellos casos que requieran servicios de mayor complejidad o que la institución no provea.

Artículo 1. Regulación

Sección 1. Los servicios de trasportación de pacientes deberán cumplir con la Ley Número 240 del 15 de agosto de 1999⁹.

Artículo 2. Disponibilidad del Servicio

Sección 1. La Organización puede facilitar este servicio a través de ambulancias propias o coordinando con un proveedor independiente mediante contrato.

Artículo 3. Servicios Contratados

Sección 1. En caso de servicios contratados mediante un proveedor independiente se requerirá que la base de operaciones esté localizada en el mismo pueblo donde esté localizada la facilidad de salud o una distancia que provea para la

⁸Ley Número 408 del 2 de octubre de 2000.

⁹Para requerir que todos los hospitales en Puerto Rico, públicos y privados, dispongan de los servicios de ambulancia en todo momento y facilitar al Secretario de Salud a imponer penalidades.

contestación de los servicios solicitados dentro de un período de tiempo razonable.

Artículo 4. Certificaciones

Sección 1. La Organización será responsable que los vehículos y el personal sean empleados de la Facilidad o proveedores independientes, cumplan con todas las disposiciones de certificación para la operación de ambulancias de la Comisión de Servicio Público y su reglamento vigente¹⁰.

Artículo 5. Registro de Traslado en Ambulancia

Sección 1. La Organización mantendrá un registro electrónico o en forma manual de los pacientes trasladados. El registro incluirá y no se limitará a contener la siguiente información:

- a) Nombre del paciente trasladado
- b) Fecha y hora del traslado
- c) Nombre del acompañante del Hospital
- d) Nombre del personal de la ambulancia
- e) Nombre del familiar o encargado
- f) Nombre de Facilidad a la que será trasladado el paciente

CAPÍTULO VII

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

Toda organización de servicios hospitalarios de salud desarrollará un programa de educación para los pacientes y sus familiares enfocado en los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas¹¹.

Artículo 1. Elementos del Programa de Educación

Sección 1. El programa de educación para pacientes y familias deberá incluir:

- a) Estimado de las necesidades educativas, habilidades, preferencias, disposición y destrezas de aprendizaje de todos los pacientes y su familia admitidos a la Institución Hospitalaria
- b) El estimado debe considerar las prácticas culturales, religiosas, barreras emocionales, deseos, la motivación para aprender; las limitaciones físicas, cognitivas; barreras del lenguaje; y las implicaciones financieras en la selección de su cuidado
- c) Educación sobre las medidas de seguridad, indicaciones del uso de los medicamentos; la interacción de medicamentos; la interacción de drogas y alimentos; aspectos nutricionales pertinentes y uso del equipo médico
- d) Educación al paciente en técnicas de rehabilitación que le ayuden a adaptarse y funcionar más independiente en su medio ambiente
- e) Orientación al paciente sobre la disponibilidad de otros recursos en la

¹⁰ Ley Núm. 225 de 23 de julio de 1974; Ley Núm. 109 de 28 de junio de 1962, según enmendada.

¹¹JCI. 2014 (PEE)

comunidad

- f) Educación sobre las buenas prácticas de higiene personal
- g) Orientación sobre los procedimientos a efectuarse
- h) Orientación al paciente, familiar o encargado sobre su cuidado en el hogar o después del alta

Artículo 2. Recursos Educativos

Sección 1. La Organización identificará y proveerá los recursos necesarios requeridos para lograr los objetivos de la educación y orientación al paciente, su familia o persona encargada legalmente.

Sección 2. El proceso educativo será uno colaborativo e interdisciplinario. Se considerará que la educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con personal de salud al proporcionar servicios curativos, rehabilitativos o terapéuticos.

Sección 3. Los servicios de educación al paciente y la familia deben ser debidamente coordinados y centrados en las necesidades de salud física y mental del paciente.

Sección 4. La Organización vigilará que todos los pacientes admitidos bajo su cuidado sean debidamente educados sobre:

- a) Los derechos y responsabilidades del paciente
- b) Condición de salud física o mental
- c) Farmacoterapia, que incluya medicamentos, efecto, uso, reacciones adversas, posibles interacciones con otras drogas o alimentos
- d) Estudios especiales
- e) Tratamiento
- f) Equipo médico: uso seguro en el hospital y en su hogar
- g) Dietas modificadas
- h) Acceso y necesidades de servicios de salud, específicamente cuándo y cómo recibir tratamiento posterior

CAPÍTULO VIII

RECURSOS HUMANOS

La Organización que presta servicios de salud es responsable de establecer la distribución del personal necesario para la prestación de servicios hospitalarios, de acuerdo al nivel, complejidad, especialización, unidades de servicio y camas autorizadas para atender los pacientes¹².

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El Director de Recursos Humanos, será un profesional con un grado de maestría en Administración de Recursos Humanos o Administración de Empresas con especialidad en Recursos Humanos de una institución educativa acreditada y miembro activo de la Sociedad para la Gerencia de Recursos Humanos¹³.

¹² JCI, 2014 (GLD)

¹³SSHRM-PR: Gerencia de Recursos Humanos

Sección 2. El Director del Departamento, será responsable de implantar los procesos para la administración de los Recursos Humanos en la Institución y responderá al principal oficial ejecutivo de la Organización.

Artículo 2. Administración de Recursos Humanos

Sección 1. Toda organización de salud en Puerto Rico garantizará un número apropiado de personas calificadas para atender las necesidades de los pacientes admitidos de acuerdo a su visión, misión y plan de servicios de salud.

Artículo 3. Reclutamiento, Selección y Retención¹⁴

Sección 1. La Organización establecerá un plan de reclutamiento, selección y retención de personal que garantice la continuidad del cuidado en todo momento.

Sección 2. El plan de reclutamiento incluirá el mecanismo de validación de credenciales para cada profesión o disciplina que preste servicios en la Institución Hospitalaria.

Sección 3. En caso de servicios contratados o subcontratados la Organización será responsable de la validación de credenciales del personal que preste servicios a los pacientes.

Artículo 4. Credencialización

Sección 1. La Organización establecerá un plan de revisión concurrente de credenciales que garantice de que todo su personal mantenga las credenciales vigentes de acuerdo a las leyes aplicables a su profesión¹⁵.

Sección 2. La ausencia de un plan de revisión concurrente de credenciales o la evidencia de profesionales prestando servicios sin credenciales vigentes implica riesgo de suspensión de licencia¹⁶.

Sección 3. La Facilidad mantendrá un expediente para cada empleado que incluya:

- a) Licencia para ejercer la profesión
- b) Identificación y presentación del empleado o contratado acorde con el título en cumplimiento con lo requerido en ley
- c) Preparación académica
- d) Colegiación vigente, cuando sea requerida
- e) Registro de profesionales vigente expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
- f) Privilegios clínicos debidamente recomendados por el Director del Departamento, el presidente de la facultad médica y aprobados por el presidente de la Junta de Gobiernos o Junta de Directores de la Organización
- g) Renovación de privilegios clínicos especiales, cuando aplique
- h) Nombramiento
- i) Descripción de funciones
- j) Adiestramiento de resucitación cardiorrespiratoria, según aplique

¹⁴ JCI, 2014 (GLD, 3.1.3.2.3.3)

¹⁵ CI, 2014 (SQE)

¹⁶ Artículo 7: Riesgo de Suspensión de Licencia

- k) Certificado de antecedentes penales
- l) Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes¹⁷
- m) Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada
- n) Se podrán solicitar otras credenciales de acuerdo al nivel de prestación de servicios

Artículo 5. Competencias

- Sección 1. La Organización tendrá la responsabilidad de definir las cualificaciones y las expectativas de ejecución para todos los puestos, incluyendo empleados por servicios contratados o subcontratados.
- Sección 2. La Organización establecerá y proveerá para el número adecuado de personal cuyas cualificaciones serán consistentes con sus responsabilidades o tareas.
- Sección 3. La Organización desarrollará e implementará un plan anual de evaluación de competencia para todos los niveles de personal, asegurando la evaluación de la ejecutoria profesional de cada empleado.

Artículo 6. Orientación, Educación y Evaluación

- Sección 1. La Organización establecerá un plan de Orientación a empleados nuevos, educación y evaluación de competencias y destrezas que garanticen que todos los empleados reciban orientación sobre la organización, salud, seguridad, riesgos, control de infecciones, manejo de pacientes, entre otros¹⁸.
- Sección 2. Todos los empleados nuevos son inducidos a la organización a través de un proceso de orientación y educación, que incluye entre otros, las responsabilidades asignadas, incluyendo actividades educativas de carácter compulsivo.
- Sección 3. La Organización desarrollará e implementará un plan de educación en servicios que considere las necesidades del personal, competencias profesionales, cambios en modelos de prestación de servicio, tecnología, modalidades de tratamiento, entre otros.
- Sección 4. El plan de educación en servicio debe considerar los elementos de evaluación de destrezas del personal para determinar su habilidad para cumplir con las ejecutorias designadas en la descripción de sus funciones.
- Sección 5. La Organización se asegurará de que todos los empleados recibirán educación en servicio anualmente sobre los tópicos de abuso, negligencia y hostigamiento.
- Sección 6. Se incluirá como parte del plan de educación en servicio los mecanismos para manejar situaciones en las que un aspecto del cuidado representa un conflicto con sus valores culturales o creencias religiosas¹⁹.

Artículo 7. Identificación de Necesidades Educativas

- Sección 1. La Organización establecerá mecanismos que permita identificar las necesidades educativas del personal de acuerdo a su misión, población servida, alcance de servicios, complejidad del cuidado, tecnología usada en el cuidado de paciente, expectativas de la Facilidad y del paciente, estructura física de la Facilidad, capacidad y censo de pacientes.

¹⁷Ley 300 de 1999; Ley de Verificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes de Puerto Rico

¹⁸CI, 2014 (SQE.7 y 8)

¹⁹CI, 2014 (SQE.6 y SQE.6.1).

Artículo 8. Programa de Salud para Empleado

Sección 1. La Organización diseñará e implantará un Programa de salud para empleado dirigido a minimizar los riesgos de lesiones y transmisión de enfermedades en el entorno hospitalario²⁰.

- a) El Programa de salud para empleado será aprobado por la Junta de Gobierno o Junta de Directores de la Organización.
- b) El alcance y beneficios del Programa de salud para empleado será administrado por el Departamento de Recursos Humanos de la Organización.
- c) El Departamento de Recursos Humanos mantendrá un expediente de salud de cada empleado, separado del expediente de personal.
- d) El expediente de salud de cada empleado incluirá certificado de salud, vacunas, resultados de otras pruebas diagnósticas, entre otros.
- e) La organización a través del Departamento de Recursos Humanos garantizará la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información de salud de sus empleados.

CAPÍTULO IX

GOBIERNO

El Gobierno de la organización de servicios hospitalarios es responsable de garantizar que los pacientes admitidos a la institución reciban servicios de excelencia a través de un liderazgo efectivo. Este liderazgo implica que el Gobierno y la Organización deben involucrarse como un recurso efectivo y eficiente para la comunidad y para sus pacientes²¹.

Artículo 1. Organización

Sección 1. Toda Facilidad Hospitalaria ya sea esta pública o privada, con o sin fines de lucro, organizada y operando como una corporación, tendrá debidamente constituida y en funciones una Junta de Gobierno o Junta de Directores.

Sección 2. El Gobierno de la Organización tendrá la autoridad y responsabilidad legal de formulación de las normas, procedimientos y la política institucional administrativa y financiera, la seguridad, la calidad del cuidado médico y tratamientos, todo lo cual ha de regir las operaciones del Hospital.

Sección 3. En los casos particulares de los Hospitales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico bajo la administración del Departamento de Salud u cualquier otra agencia gubernamental, el presidente de la Junta de Gobierno o la Junta de Directores del Hospital lo será el Secretario de Salud.

Artículo 2. Composición del Gobierno del Hospital

Sección 1. La Junta de Gobierno estará definida en conformidad con los Artículos de incorporación presentados ante el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por certificado de incorporación emitido al efecto y de conformidad con el reglamento o estatutos de la Junta de Gobierno vigentes.

Sección 2. El mecanismo de selección, calificaciones requeridas, términos de los nombramientos y sus funciones y responsabilidades estarán definido en conformidad con los Artículos de incorporación presentados ante el Departamento del Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por certificado de

²⁰JCI, 2014 (SQE).

²¹JCI, 2014 (GLD)

incorporación emitido al efecto y de conformidad con el reglamento o estatutos de la Junta de Gobierno vigentes.

Sección 3.

Como parte de las responsabilidades de la Junta de Gobierno del Hospital, este cuerpo rector será responsable de establecer normas, procedimientos y mecanismos en el hospital para:

- a) Desarrollar la efectividad, planificación, estratégica del hospital.
- b) Desarrollar un programa efectivo para el manejo fiscal del presupuesto y control financiero del Hospital.
- c) Desarrollar un programa efectivo de salud y seguridad para los pacientes, visitantes y empleados.
- d) Desarrollar un programa efectivo de control, preservación y mantenimiento de los activos incluyendo los equipos del hospital.
- e) Alcanzar los niveles más altos de calidad a un costo razonable respecto a los servicios que provee el Hospital a la comunidad.

Artículo 3. Reglamento del Gobierno del Hospital

Sección 1. El Gobierno de la Facilidad Hospitalaria establecerá disposiciones por escrito sobre su estructura organizacional, funciones y responsabilidades delegadas, las normas y procedimientos que regirán su funcionamiento interno. Estas disposiciones estarán compiladas en un Reglamento para el Gobierno de la Facilidad.

Sección 2. El Reglamento estará aprobado por las autoridades pertinentes, de acuerdo a la organización a la que pertenece el Hospital.

Sección 3. El Reglamento será revisado por lo menos cada dos (2) años o más frecuente de ameritarse.

Sección 4. El contenido del Reglamento dependerá del tipo de gobierno establecido para la clasificación, dirección de la facilidad y servicios autorizados. Este incluirá y no se limitará a contener la siguiente información:

- a) Objetivos, propósitos y misión de la Facilidad
- b) Misión, visión y valores
- c) Estructura organizacional del gobierno
- d) Deberes y responsabilidades del gobierno
- e) Autoridad y limitaciones del gobierno
- f) Procedimiento para la selección y designación de los miembros del gobierno, términos, deberes y requisitos
- g) Procedimiento para sustituir cualquier miembro que no cumpla con los deberes y responsabilidades del proceso de gobierno delegado
- h) Celebración de reuniones del gobierno, tanto ordinaria como extraordinaria, y documentación de las mismas a través de agenda, actas, registro de asistencia y cualquier otra información perteneciente a la reunión
- i) Inclusión de representantes de la Facultad Médica en reuniones del gobierno

j) Establecimiento de comités de trabajo permanente y temporero del gobierno, frecuencia de reuniones y delimitación de funciones

k) Establecimiento de la estructura organizacional y nombramiento del director ejecutivo, administrador, director médico y cualquier otro oficial del Hospital que se determine será nombrado por el gobierno de la Facilidad

Sección 1.

Establecimiento de las políticas para asegurar servicios a los pacientes a un sólo nivel, independiente de la raza, edad, género, origen o identidad étnica o nacional, condición social, creencias religiosas o espirituales, situación económica, orientación sexual, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, capacidad o forma de pago y o estatus migratorio.²²

Sección 2.

- a) Planificación institucional y asignación presupuestaria para el Hospital.
- b) Elaboración y aprobación del plan de trabajo anual del Gobierno del Hospital
- c) Revisión y aprobación del presupuesto operacional, de inversiones de capital y del plan de trabajo anual de la institución
- d) Mecanismos para evaluar las credenciales de la facultad médica, dental y de todos aquellos profesionales cuyas credenciales deben ser aprobadas para la otorgación de los privilegios
- e) Mecanismos de apelación ante decisiones adversas de la gobierno de parte de la facultad médica y dental
- f) Auto evaluación anual del funcionamiento de la Facilidad en términos de la efectividad y calidad de los servicios
- g) Mecanismo para evaluar la operación fiscal y la calidad del cuidado médico y profesional ofrecido a los pacientes
- h) Normas para el funcionamiento de la oficina o Departamento de Recursos Humanos, incluyendo la conservación de los expedientes del personal
- i) Procedimiento de comunicación entre el Gobierno del Hospital, la administración y la facultad médica
- j) Procedimientos para garantizar que la admisión, tratamiento y cuidado de los pacientes en el Hospital estén bajo el cuidado de médicos miembros de la Facultad Médica del hospital, debidamente cualificados
- k) Protocolo de servicios de salud que garanticen la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud por factores de raza, edad, género, origen o identidad étnica o nacional, condición social, creencias religiosas o espirituales, situación económica, orientación sexual, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, capacidad o forma de pago y o estatus migratorio²³
- l) Desarrollo e implantación de un programa de educación en Servicio propio para el descargo de las responsabilidades y funciones de sus miembros. La Facilidad mantendrá documentación que evidencie el cumplimiento con este requisito
- m) Creación y evaluación de programa institucionales para el control de infecciones, salud y seguridad

22/CI OE-2013-009

23/CI OE-2013-009

- n) Política sobre conflicto de interés. Esta será suscrita por cada miembro individualmente al inicio de funciones, cuando sea necesario y no más de dos (2) años. Reglas para la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información médica del paciente
- o) Procedimientos para la administración y evaluación de contratos de todos los servicios
- p) Procedimientos para la revisión y aprobación de las normas que definirán y regularán la operación de la Facilidad

Sección 5. Copia del Reglamento del Gobierno será sometido al Departamento de Salud como requisitos de licenciamiento de la Facilidad.

Artículo 4. Cumplimiento de Leyes

Sección 1. El Gobierno de la Facilidad será responsable de que se cumpla con todas las leyes y reglamentos estatales y federales que aplican a las facilidades de salud en Puerto Rico.

Sección 2. El Gobierno de la Facilidad será responsable de establecer mecanismo para asegurarse que los miembros de la Facultad Médica, Director de Radiología, Director de Laboratorio Clínico y Patología cumplan con la obligación de reportar al Departamento de Salud, para propósito de salud pública, los siguientes casos sin limitarse a los mismos:

- a) Registro de casos de cáncer
- b) Registro de casos de telarquía prematura y desarrollo sexual precoz
- c) Registro de casos de la enfermedad de Alzheimer
- d) Registro de defectos congénitos

Artículo 5. Oficiales del Hospital

El Gobierno de la Organización de servicios de salud hospitalarios nombrará los oficiales necesarios que tendrán a cargo la dirección, administración, supervisión y evaluación diaria del Hospital de acuerdo al alcance y magnitud de la operación de la Facilidad.

Sección 1. El Gobierno de la organización será responsable de designar el nombramiento, establecer la delegación de funciones, ámbito de acción y autoridad de los principales oficiales de la institución.

- a. El Director ejecutivo o administrador será el principal oficial de la institución y serán responsables de la dirección ejecutiva de la Facilidad de servicios de salud hospitalaria. Su nombramiento requerirá el cumplimiento con las disposiciones de la Ley para Reglamentar la Profesión de Administradores de Servicios de Salud²⁴.
- b. Director Médico será responsable de la planificación, organización y dirección del médicos ofrecido en la institución. Esta posición deberá ser ocupada por un médico cualificado y autorizado para ejercer la medicina en Puerto Rico de acuerdo a los requisitos delaJunta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
- c. Director de Calidad será responsable de todo el proceso evaluativo de los servicios de salud ofrecidos en la Institución. Esta posición será ocupada por un profesional en el área de salud, con la experiencia y preparación necesaria

²⁴Ley Número 51 de 30 de mayo de 1975

en proceso de evaluación de calidad de servicios.

Sección 2. Será responsabilidad del Gobierno mantener un expediente debidamente documentado sobre las credenciales y designación de los oficiales del Hospital. El expediente de los miembros de la Junta de Gobierno o Junta de Directores incluirá información básica sobre:

- a) El nombramiento que incluya delegación de funciones y autoridad estarán conferida por la Junta de Gobierno
- b) Licencia de Administrador de Servicios de Salud
- c) Registro de Profesionales vigente de la Junta Examinadora de los Administradores de Salud
- d) Colegiación²⁵
- e) Certificado de Salud vigente
- f) Documentación del cumplimiento de todos los requisitos como miembro de la Facultad Médica y Dental de la Institución.

CAPÍTULO X

FACULTAD MÉDICA Y DENTAL

La Organización contará con una Facultad Médica y Dental debidamente organizada de acuerdo con la complejidad, magnitud y alcance del cuidado profesional a ofrecer a los pacientes. El Gobierno de la Facultad definirá el número de médicos, las especialidades necesarias y el tipo de pacientes a ser atendidos. Sólo podrán pertenecer a la Facultad Médica y Dental, médicos o dentistas que cumplan con las leyes y normas que rigen sus respectivas profesiones y especialidades médicas.

Artículo 1. Selección

Sección 1. La selección de los miembros de la Facultad Médica, dental y profesionales aliados a la salud de la Organización que presta servicios de salud hospitalarios serán seleccionados mediante un procedimiento uniforme de evaluación, nombramiento y otorgación de privilegios específicos de acuerdo a su nivel de preparación, credenciales y competencias.

Sección 2. El Gobierno de la Organización delegará en la Facultad Médica y Dental, la responsabilidad evaluar las credenciales de los médicos, dentistas y otros profesionales de salud que deseen formar parte de la facultad.

Sección 3. La Facultad Médica establecerá un procedimiento escrito para la evaluación, nombramiento, otorgación y renovación de privilegios que será debidamente aprobado por la Junta de Gobierno de la organización de salud.

Sección 4. El procedimiento de revisión de privilegios clínicos establecerá claramente cómo se llevará a cabo la revisión de credenciales y establecerá un término de tiempo para realizar dicha revisión.

Sección 5. La Facultad Médica será responsable de sólo seleccionar como parte de su cuerpo aquellos médicos cuya competencia y moral hayan sido probadas y que cumplan con todos los requisitos.

Sección 6. La otorgación de privilegios clínicos no son transferibles de una institución a otra

²⁵Ley Número 2 del 23 de febrero de 1990. Colegio de Administradores de Servicios de Salud de Puerto Rico

o entre profesionales de salud.

Sección 7. La renovación de privilegios clínicos de los miembros de la Facultad Médica se realizará en un periodo no mayor de dos años.

Sección 8. Para cada facultativo sea médico, dentista o profesional de salud miembro activo en la Facultad Médica se mantendrán expedientes actualizados.

Sección 9. El expediente de cada facultativo contendrá:

- a) Solicitud de privilegios firmada por el solicitante, con la recomendación del jefe del departamento, comité de credenciales²⁶, presidente del comité ejecutivo y por el Gobierno del Hospital
- b) Copia de licencia otorgada por la correspondiente Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
- c) Certificación de verificación de la licencia por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
- d) Copia de licencia especial para practicar la telemedicina en Puerto Rico otorgada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, en los casos que aplique²⁷
- e) Copia de licencia de narcóticos estatal y federal vigente
- f) Certificado de salud anual
- g) Evidencia de curso de CPR, según establecido en el Reglamento de la facultad médica y dental
- h) Registro de profesionales vigente
- i) Solicitud de renovación de nombramiento y privilegios médicos y clínicos de acuerdo al Reglamento de la Facultad Médica y Dental, aprobada por el jefe del departamento, comité de credenciales (si aplica), presidente de la Facultad Médica y por el Gobierno del Hospital
- j) Cartas de recomendación, según requeridas.
- k) Evidencia del seguro de impericia médica vigente
- l) Carta de nombramiento y descripción de las funciones de médicos en posición de liderazgo incluyendo, pero no limitado a jefes de departamento, presidentes de comités entre otros. No aplica a los oficiales elegidos por la Facultad Médica
- m) Evidencia de la colegiación al día
- n) Evidencia de cumplimiento de vacunación según requerido por el Departamento de Salud, incluyendo Vacuna contra Hepatitis, Varicelas e Influenza o carta de rechazo a las mismas
- o) Certificación de su condición o estado de salud física y mental
- p) Cualquier otra documentación requerida por los estatutos de la Facultad Médica y Dental

Artículo 2. Reglamento de la Facultad Médica y Dental

²⁶Cuando esté constituido y aplique

²⁷Ley Número 227 del 10 de agosto de 1998

Sección 1. La Facultad Médica y Dental desarrollará y aprobará un Reglamento, de acuerdo a las leyes aplicables. El Reglamento describirá el marco de trabajo para el auto gobierno de las actividades de los miembros de la Facultad Médica, así como su responsabilidad de responder al Gobierno del Hospital por las funciones clínicas y la calidad del servicio.

Sección 2. El Reglamento para la Facultad Médica y Dental será revisado cada dos (2) años o de acuerdo a los cambios de la organización.

Sección 3. La aprobación para la adopción inicial del Reglamento y de las revisiones subsiguientes deberá ser documentada con fecha, nombre y firma del Presidente de la Junta de Gobierno y el Presidente de la Facultad Médica de la Organización.

Sección 4. El Reglamento de la Facultad debe incluirá:

- a) Organización de la Facultad Médica y Dental
- b) Comités de Facultad Médica
- c) Procedimiento para la solicitud, otorgación y autorización de privilegios médicos y clínicos
- d) Procedimiento para la denegación, suspensión o limitación de privilegios
- e) Procedimiento para audiencias y apelaciones
- f) Procedimiento para el nombramiento de miembros de la facultad médica-dental y otros profesionales aliados a la salud con privilegios clínicos
- g) Procedimiento para la renovación de privilegios médicos y clínicos
- h) Descripción de los departamentos o servicios clínicos
- i) Normas para la evaluación de la calidad del servicio que ofrecen los miembros de la Facultad Médica
- j) Frecuencia y organización de las reuniones de Facultad Médica
- k) Mecanismo de enlace entre el gobierno y la administración de la Facultad Médica
- l) Mecanismo para adoptar y enmendar el Reglamento de la Facultad Médica
- m) Establecimiento de las categorías de la Facultad Médica
- n) Cubierta de servicios médicos veinticuatro (24) horas de acuerdo a la Organización de la Facultad Médica y cubierta de sala de emergencia por especialidad
- o) Procedimiento de adopción de abreviaturas médicas y medidas de seguridad para el paciente²⁸

Sección 5. Las reglas y regulaciones de la Facultad tienen que incluir y no limitarse a lo siguiente:

- a) Admisión del paciente al Hospital y cuidado del paciente hospitalizado
- b) Documentación del expediente de salud del paciente

c) Historial físico del paciente (realizado en las primeras veinticuatro (24) horas después de la admisión)

d) Órdenes de tratamiento

e) Órdenes verbales

f) Seguimiento al paciente

g) Consultas

h) Frecuencia en que el médico visitará al paciente

i) Visita diaria al paciente críticamente enfermo

j) Notas de alta y traslados

k) Cuidado médico de emergencia

l) Servicio ambulatorios

m) Restricción de pacientes

n) Autopsias

o) Uso de sangre y derivados

p) Uso de antibióticos y fármacos

q) Utilización de los servicios

r) Donación de órganos, tejidos y ojos

s) Atención médica a pacientes de servicios ambulatorios

t) Reglamentación del uso de abreviaturas²⁹

u) Orientación al paciente sobre su condición de salud y alternativas de tratamiento

Artículo 3. Registro de Facultad en una Institución Hospitalaria

Sección 1. La Organización mantendrá vigente un registro de la Facultad Médica y Dental.

Sección 2. El registro incluirá el número de licencias de cada profesional para ejercer la medicina u odontología.

Artículo 4. Responsabilidad sobre el Cuidado de los Pacientes en una Facultad Hospitalaria

Sección 1. La Organización y el Gobierno de las Facultades garantizarán que sólo médicos y dentistas cualificados pueden ejercer la responsabilidad de la admisión de los pacientes y del tratamiento adecuado de los mismos.

Sección 2. La Facultad establecerá en su Reglamento la frecuencia en que se visitará al paciente.

Artículo 5. Órdenes para Administrar Medicamentos y Tratamiento en una Facultad

²⁹IJC, 2014 (MCL13)

Hospitalaria

- Sección 1. La Facultad Médica establecerá el procedimiento para tomar y ejecutar órdenes verbales y telefónicas que incluye: transcripción de la orden; lectura de la orden por parte del receptor, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es correcto³⁰.
- Sección 2. Las órdenes verbales tienen que estar escritas y firmadas por el médico, en un periodo no mayor de veinticuatro(24) horas.
- Sección 3. La Facultad determinará en su reglamento las personas autorizadas a tomar órdenes verbales y el procedimiento de verificación de las órdenes verbales.³¹

Artículo 6. Disponibilidad para Casos de Emergencia en una Facilidad Hospitalaria

- Sección 1. Toda Facilidad Hospitalaria tendrá un médico autorizado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, físicamente disponible para responder todas las llamadas de emergencias durante las veinticuatro (24) horas al día los trescientos sesenta y cinco (365) días al año.

Artículo 7. Traslados

- Sección 1. Cuando un Hospital no provea los servicios necesarios, será responsabilidad de la Facultad Médica y de la Administración del Hospital iniciar el traslado del paciente a otra Facilidad, siempre que en el transcurso del mismo no ponga en peligro la vida y seguridad física del paciente.
- Sección 2. La Facultad establecerá por escrito el procedimiento que regirá el traslado de pacientes a otra Facilidad en conformidad con las regulaciones estatales y federales³².
- Sección 3. La Organización establecerá las normas y procedimientos para asegurar que se lleve un registro de todos los pacientes que sean trasladados a otra Facilidad.
- Sección 4. Los traslados de pacientes serán debidamente documentados incluyendo y no limitándose a evidenciar la siguiente información:
- a) Documentación del Traslado del Paciente:
 - 1) Orden médica de traslado y justificación médica
 - 2) Evidencia de consentimiento informado del paciente (excepto en situaciones de emergencia en el que el paciente no puede consentir) o tutor legalmente autorizado
 - 3) Evidencia de la autorización del traslado de la Facilidad que recibe al paciente
 - 4) Hora y fecha de traslado
 - 5) Personal del hospital a cargo del arreglo y acuerdos de traslado
 - 6) Método de traslado
 - 7) Un resumen del cuidado ofrecido incluyendo resultado de pruebas diagnósticas (si aplica)

³⁰ICI, 2014 (PSSG 2)

³¹ICI, 2014 (MMU.4.1)

³²Ley 35 del 28 de junio de 1994 & Ley federal de Seguro Social Sección 1967 que incluyen COBRA y/o EMTALA.

- 8) Observaciones sobre la condición del paciente al momento del traslado
- b) Documentación de la aceptación del traslado:
 - 1) Nombre de la facilidad que acepta el paciente
 - 2) Nombre, especialidad y puesto del médico que acepta el traslado
 - 3) Fecha y hora de la aceptación del traslado

Artículo 8. Evaluación del Cuidado Médico

Sección 1. La Facultad Médica participará en actividades para evaluar y mejorar el cuidado que se ofrece al paciente³³.

Sección 2. Establecerá una metodología de trabajo para incluir los hallazgos de las actividades de evaluación para renovar privilegios.

Sección 3. Las actividades deben incluir y no limitarse a la evaluación de las siguientes funciones:

- a) Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos incluyendo:
 - 1) Todos los casos en que se somete al paciente a un procedimiento quirúrgico tanto si hay obtención de algún tejido como si no lo hay.
 - 2) Todos los casos donde exista discrepancia entre el diagnóstico preoperatorio y el patológico.
- b) Procedimientos especiales
- c) Utilización de antibióticos y otros fármacos que tienen alto riesgo al paciente, incluyendo el empleo profiláctico y terapéutico de éstos.
- d) Transfusiones de sangre y sus derivados, incluyendo las indicaciones para su empleo, la cantidad de la transfusión, el sobrante, cualquier reacción adversa y errores.
- e) Revisión del expediente de salud del paciente, considerando el número de expedientes delincuentes y la calidad del expediente.
- f) Revisión de casos de infecciones nosocomiales.
- g) Revisión de casos de mortalidad y morbilidad.
- h) Revisión de la utilización adecuada de los servicios, analizando todas las estadías prolongadas
- i) Manejo del dolor
- j) Resucitación cardiorrespiratoria
- k) Reclusión o restricción
- l) Derechos del Paciente
- m) Abuso y Negligencia
- n) Orientación al paciente y a la familia

³³JCI, 2014 (QPS)

- o) Cualquier otra función establecida por la Facultad Médica

Artículo 9. Comité Ejecutivo de la Facultad Médica en una Facilidad de Salud

- Sección 1. Existirá un Comité Ejecutivo de la Facultad, el cual actuará a nombre de la Facultad en las recomendaciones pertinentes sobre el cuidado médico.
- Sección 2. Llevará la contabilidad de los fondos que la facultad genere y recomendará al Gobierno del Hospital los privilegios para los diferentes médicos de la Facultad.
- Sección 3. Su composición, funciones y deberes estarán claramente definidos en el Reglamento de la Facultad Médica y Dental.
- Sección 4. Mediante el Reglamento se determinará quién dirigirá el Comité Ejecutivo.
- Sección 5. El Comité Ejecutivo se reunirá mensualmente y discutirá los informes de los diferentes comités y de las funciones de evaluación desarrolladas por la Facultad. Implantará las medidas correctivas necesarias para mejorar aquellos problemas que afecten el cuidado profesional ofrecido al paciente. Se llevarán actas de todas las reuniones realizadas.

Artículo 10. Organización de la Facultad Médica y de la Facultad Dental y otros Profesionales de la Salud

- Sección 1. La Facultad elegirá de entre sus miembros, a un Presidente, Secretario y un Tesorero, los cuales serán los responsables para citar a las reuniones, llevar actas, actas, registros de asistencia y mantener los libros de la Facultad.
- Sección 2. Las funciones de estos miembros y el término de tiempo del nombramiento en estos cargos estarán claramente definidas en el Reglamento de la Facultad Médica y Dental.

Artículo 11. Reuniones de la Facultad en una Facilidad

- Sección 1. La Facultad Médica y Dental se reunirá por lo menos dos (2) veces al año o en la frecuencia que establezca mediante el Reglamento.
- Sección 2. En estas reuniones se discutirán, entre otros asuntos, los informes sometidos por cada uno de los comités o grupos evaluativos de la Facultad Médica o Dental en aquellas Facilidades donde la Facultad Médica esté compuesta por menos de veinticinco (25) médicos.
- Sección 3. Las reuniones de la Facultad Médica pueden ser sustituidas por las reuniones del comité ejecutivo, donde la Facultad Médica esté compuesta por menos de veinticinco (25) médicos.
- Sección 4. Se llevará un registro de asistencia y actas de cada una de las reuniones. Las actas estarán disponibles en todo momento.

Artículo 12. Grupos de trabajo

- Sección 1. La Facultad podrá organizar grupos de trabajo permanentes, especiales o temporeros para llevar a cabo cualquier función delegada.
- Sección 2. La composición y permanencia en el puesto de cada uno de sus miembros será claramente establecida en el Reglamento de la Facultad.
- Sección 3. Las funciones de cada grupo de trabajo y la frecuencia de sus reuniones estarán establecidas por escrito en el Reglamento de la Facultad Médica.

CAPÍTULO XI

SERVICIOS CLÍNICOS

Las organizaciones que prestan servicios de salud hospitalarios establecerán una estructura organizacional considerando la clasificación de la institución hospitalaria, niveles de servicios, número de miembros de la Facultad Médica y camas autorizadas para su operación y funcionamiento.

Artículo 1. Organización

Sección 1. La Institución estará organizada en Departamentos y Servicios Clínicos de acuerdo al tipo de hospital, al número de facultativos médicos, a la complejidad del servicio, al número de camas disponibles y de los recursos económicos disponibles.

Sección 2. Cada Departamento o Servicios Clínicos estarán organizados de acuerdo a sus necesidades, nivel de cuidado y estructura física disponible.

Artículo 2. Dirección

Sección 1. Cada Departamento y/o Servicio Clínico estará dirigido por un médico especialista en su área. El director clínico tendrá que cumplir con los requisitos por el puesto que establezca el Gobierno de la Organización, la Administración y la Facultad Médica.

Sección 2. Los requisitos, funciones, deberes y obligaciones del Director estarán establecidos en el Reglamento de la Facultad y en el Manual Administrativo de la Facultad.

Sección 3. Los Departamentos o Servicios Clínicos podrán organizarse en secciones por especialidades médicas de acuerdo a sus necesidades internas.

Sección 4. El Director del Departamento o Servicio Clínico preparará un Manual de Normas y Procedimientos para regular las actividades del área bajo su cargo. El mismo será aprobado por el Director Médico y el Director Ejecutivo del Hospital.

Artículo 3. Personal Médico

Sección 1. Cada Departamento o Servicio Clínico tendrá los médicos especialistas necesarios para la atención de los pacientes hospitalizados de acuerdo a la naturaleza de la complejidad de los servicios que ofrecen en el Hospital.

Sección 2. El personal médico que ofrece servicios estarán autorizados por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico y por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico a ejercer libremente la, práctica de la medicina y dentistería en Puerto Rico.

Sección 3. La Organización y la Facultad Médica serán responsables que todos los médicos y profesionales de salud que ofrezcan sus servicios mantengan vigente todos los requisitos necesarios para ejercer su profesión, incluyendo las establecidas en las Reglas y Reglamento de la Facultad Médica de la Organización y en cumplimiento con este Reglamento.

Artículo 4. Internos y Residentes

Sección 1. La Organización podrán desarrollar programas de educación médica para internos y residentes.

Sección 2. Los programas de residencia se establecerán de acuerdo a los requisitos la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico y el Consejo de Educación

Médica Americana de la Asociación Médica Americana³⁴.

Sección 3. Los programas de internado en los hospitales no acreditados deberán cumplir con los requisitos de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.³⁵

Sección 4. El programa estará dirigido por un médico cualificado conforme a los requisitos de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Sección 5. El Director del Programa será responsable de establecer un Manual de Normas y Procedimientos para el Programa de Internos o Residentes.

Sección 6. El Manual del Programa incluirá normas sobre las funciones, responsabilidades, deberes, así como el mecanismo de supervisión y evaluación de los internos y/o residentes, descripción de las funciones del Director del programa y la relación con la Facultad Médica y el Gobierno del Hospital, entre otros.

Artículo 5. Personal

Sección 1. Todo Departamento o servicio tendrá asignado tendrá personal necesario para cubrir las necesidades físicas y mentales de los pacientes admitidos al servicio.

Sección 2. El plan de dotación de personal para el servicio incluirá personal de enfermería, profesionales de salud de acuerdo al servicio ofrecido, personal técnico y cualquier otro personal necesario para el funcionamiento y operación.

Artículo 6. Facilidades Físicas

Sección 1. La Organización debe proveer para el acomodo, libre de todo riesgo, de los pacientes que acudan a requerir tratamiento en los diferentes departamentos y servicios.

Sección 2. En todo momento se garantizará la seguridad y privacidad del paciente.

Sección 3. Las facilidades donde estén ubicados los servicios estarán organizados y equipados de acuerdo al nivel de cuidado y edad del paciente³⁶.

Artículo 7. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. Todo Departamento o servicio se registrará por un Manual de Normas y Procedimientos escritos y actualizados anualmente.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos será preparado por el jefe de servicio y aprobado por el Director Médico y el Director Ejecutivo.

Sección 3. Se incluirá como parte del Manual de Normas y Procedimientos:

- a) La filosofía del departamento o servicio
- b) Las metas y objetivos
- c) La estructura organización incluyendo organigrama departamental y de la organización
- d) Las funciones del personal
- e) Normas de admisión, seguimiento y alta de los pacientes

³⁴(ACGME) Consejo de Educación Médica Americana de la Asociación Médica Americana

³⁵(TEM) Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico

³⁶(CI, 2014 (GLD.6)

- f) Normas sobre autopsias clínicas y médicos legales
- g) Normas para la elaboración del expediente de salud del paciente
- h) Políticas sobre cuidado de pacientes con enfermedades transmisibles
- i) Políticas sobre manejo de los pacientes mentalmente incapacitados, menores de edad alcohólicos o en coma
- j) Políticas sobre manejo de pacientes críticos
- k) Protocolos para el manejo de víctimas de violación³⁷
- l) Protocolos maltrato de menores³⁸
- m) Protocolos para el manejo de pacientes con dependientes de drogas, incluyendo síndrome de retirada o sobre dosis³⁹
- n) Protocolos de control de medicamentos
- o) Protocolos para el uso y manejo de prescripciones médicas estandarizadas
- p) Procedimiento para referir pacientes al sistema ambulatorio y a otros hospitales de la comunidad
- q) Normas sobre consultas
- r) Función de cada Departamento o servicio en el plan de desastre del hospital
- s) Descripción de los procedimientos más comunes realizados en el departamento o servicio
- t) Criterios para el empleo de antibióticos, transfusiones y otros procedimientos afines
- u) Plan de mejoramiento de la calidad que incluya metodología, alcance y proceso de análisis de resultados.
- v) Normas para control de infecciones del Departamento o servicio

Artículo 8. Servicios Clínicos de Obstetricia

Sección 1. Sala de Partos

- a) Toda organización que ofrezca servicios de obstetricia contarán con las salas de parto en las que pueda proveer privacidad y control de infecciones durante la entrevista y examen inicial, preparación del paciente, observación durante ante-parto y post-parto
- b) La sala de parto contará con un área para casos contaminados y facilidades para operaciones de emergencias
- c) En los casos infecciosos de mujeres en trabajo de parto se aplicarán las medidas de aislamientos pertinentes
- d) El equipo mínimo necesario para manejar una emergencia en sala de parto,

³⁷Resolución Conjunta del Senado de Puerto Rico # 2471 del 30 de mayo de 1976

³⁸Ley Núm. 246 de 16 de diciembre de 2011: Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores

³⁹Ley Núm. 408-2000, según enmendada: Ley de Salud Mental de Puerto Rico

será aquel que permite el tratamiento adecuado de cualquier complicación que ocurra en el área y el equipo necesario para recibir al niño, incluyendo el equipo necesario para resucitar y estabilizar el neonato

Sección 2. Identificación del Recién Nacido

- a) Todo recién nacido será identificado con el nombre de la madre siguiendo las normas establecidas para el registro de recién nacidos
- b) Se incluirán las huellas dactilares de la madre y del niño
- c) Se realizará una foto de identificación para archivo⁴⁰

Sección 3. Personal Profesional

- (a) La sala de partos contará con suficiente personal de enfermería profesional para la atención de todas las pacientes en el área.
- (b) Todo el personal de enfermería tendrá adiestramiento especial en el manejo de mujeres en trabajo de parto y en el manejo de alteraciones de la salud inherente al embarazo o asociadas a este.

Sección 4. Procedimientos Especiales para las Pacientes de Maternidad

- (a) Se establecerá por escrito los procedimientos a realizarse en el área
- (b) Estos procedimientos estarán disponibles para todo el personal profesional
- (c) Se establecerán normas sobre el control de infecciones en las salas
- (d) No se admitirán al área casos cuyo parto haya ocurrido fuera del hospital, bajo condiciones desconocidas para los facultativos del hospital. Se admitirán en el área de pediatría
- (e) Se preparará un expediente de salud para cada paciente admitida
- (f) Se llevarán a cabo los protocolos establecidos y autorizados para el cuidado de la madre y el niño

Artículo 9. Sala de Recién Nacidos

Sección 1. Los recién nacidos serán ubicados en salas preparadas especialmente para este fin.

Sección 2. Toda sala de recién nacidos formará parte de la unidad estructural del área de obstetricia, aunque responda al departamento o servicio de pediatría.

Sección 3. El Hospital de Categoría II la sala de recién nacidos estará dirigida por un Pediatra con un mínimo de experiencia de cinco años de experiencia en cuidado neonatal, quien será responsable del funcionamiento de la misma.

Sección 4. En Hospitales Terciarios y Supra terciarios, la sala de recién nacidos estará dirigida por un pediatra especializado en neonatología, quien será responsable del funcionamiento de la misma.

Sección 5. Seguridad: La Organización será responsable de establecer un programa de seguridad y protección de los infantes recién nacidos que incluyemedidasque contribuyan a la prevención del secuestro y robo de niños, y se adopten procedimientos para garantizar la identificación de los infantes⁴¹.

⁴⁰Ley Número 133 de 18 de junio de 1999

⁴¹Ley Núm. 133 de 1999: Ley sobre Protección y seguridad de los infantes en las instituciones hospitalarias de

Sección 6. Equipo mínimo necesario: El equipo mínimo necesario será aquel que permita el tratamiento adecuado de cualquier complicación que pueda ocurrir en el área, incluyendo todo equipo necesario para resucitar al neonato; incubadora de transporte; equipo para foto-terapia y cualquier otro equipo necesario para mantener la salud y seguridad del recién nacido.

Artículo 10. Procedimientos Especiales para la Sala de Recién Nacidos

Sección 1. Se establecerá por escrito los procedimientos a realizarse en el área. Estos procedimientos estarán disponibles para el cotejo de todo el personal profesional en todo momento

Sección 2. Se establecerán normas sobre el control de infecciones en las salas.

Sección 3. No se admitirán al área neonatos nacidos fuera del área de obstetricia del Hospital.

Sección 4. Se preparará un expediente de salud para cada paciente admitido.

Sección 5. Toda Facilidad hospitalaria desarrollará y mantendrá un protocolo para evitar el secuestro de recién nacidos, infantes y niños.

Sección 6. La efectividad de este protocolo deberá ser comprobada mediante ejercicios o ensayos de práctica o simulacros. Estos ejercicios o ensayos de práctica se llevarán a cabo dos veces al año como mínimo y se mantendrá evidencia de los mismos.

Artículo 11. Unidades Especiales

Sección 1. El Departamento o Servicio Clínico podrá organizar unidades especializadas siempre que se disponga de los recursos económicos y profesionales para una operación eficiente.

Sección 2. En aquellos hospitales donde se organicen unidades especializadas, éstas estarán dirigidas por un médico especializado en el área.

Sección 3. El funcionamiento de la unidad estará definido en el Manual de Normas y Procedimientos de la unidad.

CAPÍTULO XII

ADMINISTRACION DE INFORMACIÓN DE SALUD

La Organización establecerá un servicio para la administración de información de salud responsable de proteger y custodiar el expediente de salud donde refleja la cantidad y calidad de servicio médico que presta la institución. El servicio de administración de información de salud, será responsable de la seguridad, privacidad a la información del paciente que sea recopilada, y por vigilar el cumplimiento de los requerimientos de documentación del expediente de salud y de la correcta la clasificación de enfermedades y procedimientos en códigos a través de sistemas electrónicos, manuales o sistemas híbridos.

Artículo 1. Organización

Sección 1. Toda Organización que preste servicios de salud en Facilidades hospitalarias establecerá un servicio para la Administración de Información de Salud.

Sección 2. El expediente de salud es el único instrumento que posee la Facilidad de medida

cuantitativa y cuantitativa del servicio médico prestado al paciente. Se requiere el establecimiento de un servicio responsable del servicio en la administración, almacenaje, conservación y manejo de los expedientes de salud ya sea en forma electrónica, papel o sistema híbrido.⁴²

Artículo 2. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El Director del Servicio para la Administración de Información de Salud mantiene vigente un Manual de Normas y Procedimiento actualizado que sirva de guía para orientación de los empleados nuevos y de todo el personal que de una forma u otra interviene con los expedientes de salud.

Sección 2. Será revisado en un término no mayor de cada tres (3) años, fechado y aprobado por la Autoridad Ejecutiva de la Facilidad.

Artículo 3. Dirección

Sección 1. El servicio de Administración de Información de Salud en toda Facilidad de Salud está dirigido por un Administrador de Información de Salud Certificado (*RegisteredHealthInformationAdministrator*, RHIA) debidamente, graduado de una universidad acreditada por la Asociación Americana de Manejo de Información de Salud y Certificado por la Asociación Americana de Manejo de Información de Salud⁴³.

Sección 2. Facilidades hospitalarias que operen 25 camas o menos, los servicios pueden estar supervisados por un Técnico de Información de Salud Certificado (*RegisteredHealthInformationTechnician*, RHIT) o dirigidos por un Administrador de Información de Salud Certificado, (RHIA) contratado a tiempo parcial.

Artículo 4. Facilidad Física y Equipo

Sección 1. Toda Facilidad de servicios de salud dispone de las facilidades físicas necesarias para el establecimiento de un sistema de información de salud funcional, cumpliendo con las normas mínimas para la construcción y equipo de facilidades de salud.

Sección 2. Las facilidades físicas para el Servicio de Información de Salud debe estar convenientemente localizado y accesible a la Facultad Médica; a los servicios ambulatorios; al área de admisión; al área de emergencia y al paciente.

Sección 3. Debe proveer un diseño funcional que facilite el flujo de trabajo y la seguridad física de los expedientes de salud u electrónicos y del personal.

Sección 4. Contar con el equipo necesario y la ventilación, iluminación, temperatura y humedad adecuada para la conservación y archivo de la información de salud generada en la Facilidad.

Sección 5. El espacio asignado al servicio está determinado por la actividad o movimiento de pacientes, número de personal y el equipo necesario para el logro de la misión del mismo.

Sección 6. Cada Facilidad provee el espacio para el archivo de expedientes de salud activo e inactivo y el medio de almacenaje para los expedientes de salud sea en disco, cintas o sistema electrónico.

Sección 7. El Servicio de Información de Salud tiene suficiente equipo para permitirle al personal realizar sus funciones con efectividad, manteniendo la seguridad de los

⁴²JCI, 2014 (MCI.16)

⁴³AHIMA: American HealthInformation Management Association

expedientes de salud de la institución.

Artículo 5. Expediente de Salud

Sección 1. Toda Organización de servicios de salud preparara y mantendrá un Expediente de Salud por cada paciente evaluado y tratado, ya sea como paciente hospitalizado, ambulatorio, de emergencia, recién nacido o cualquier otra modalidad de servicio que pueda ofrecerse; incluyéndose los expedientes de salud de los servicios médicos correccionales.

Sección 2. El contenido del Expediente de Salud debe ser suficientemente detallado y organizado, de manera tal que refleje el modo y momento en que ocurren los eventos.

Sección 3. Las anotaciones en el Expediente de Salud deben ser legibles, relevantes y al momento incluyendo la información completa, especificando fecha y hora del evento o intervención.

Sección 4. Cada anotación y reporte documentado en el Expediente de Salud debe ser firmada de forma manual o electrónica por el profesional que la realice, acompañado por su título y número de licencia.

Sección 5. La Organización establecerá un sistema unitario de Expediente de Salud garantizando toda la información del paciente esté disponible, no importa donde se genere el servicio.

Sección 6. La Organización establecerá un Expediente de Salud con un formato uniforme, ya sea éste orientado por fuente de información, orientado a problemas o integrado.

Sección 7. El expediente de salud facilitara la documentación y uso de la información de salud por el personal autorizado a revisar y a hacer entradas en el mismo.

Sección 8. El Expediente de Salud es propiedad de la Organización y no podrá ser sacado de las facilidades, excepto mediante orden de un Tribunal de Justicia.

Sección 9. En el caso de expedientes de salud de los pacientes del sistema de Salud Correccionales se autoriza el traslado de los expedientes de salud de una Facilidad Correccional a otra, siempre que el mismo cumpla con los requerimientos de la seguridad y privacidad de la información clínica del paciente.

Sección 10. Cuando la Organización de las facilidades de salud no permiten el establecimiento de un sistema de único de Expediente de Salud, se establecerá un sistema de transferencia de información interinstitucional que incluirá; resumen del caso; informe de operación; informe de tejido, y cualquier otra información pertinente.

Sección 11. La información transferida interinstitucional incluirá una copia del resumen del caso al médico o institución de salud responsable de continuar el cuidado del paciente, si el paciente o su representante legal lo autoriza por escrito.

Artículo 6. Contenido del Expediente de Salud

Sección 1. El Expediente de Salud debe contener suficiente información que identifique al paciente, sustente el diagnóstico o condición; justifique el cuidado, tratamiento, y servicio; documente el curso y resultados del cuidado, tratamiento, y servicio; y promueva la continuidad de cuidado entre los proveedores de la salud.

Sección 2. La Organización garantizará que en todos los expedientes de salud de pacientes que han recibido servicios a nivel hospitalario, ambulatorio o en emergencia, se incluya como mínimo:

- a) información sociodemográfica

- b) consentimiento informado
- c) historial médico del paciente
- d) examen físico
- e) órdenes médicas de diagnóstico y tratamiento
- f) observaciones clínicas
- g) informes y resultados de pruebas y procedimientos
- h) conclusiones

Sección 3. Información Sociodemográfica

- a) El Expediente de Salud debe contener información suficiente para identificar al paciente y distinguirlo de cualquier otro paciente
- b) Todo formulario de papel y/o electrónico del expediente estará identificado con por lo menos nombre completo con los dos apellidos, fecha nacimiento y el número de Expediente de Salud y fecha del servicio
- c) La información sociodemográfica debe incluir: nombre completo (apellidos paterno, materno, nombre e inicial); fecha y lugar de nacimiento; sexo; edad; estado civil; número de expediente; dirección, los últimos cuatros números de seguro social; nombre y apellidos del padre y de la madre; nombre y dirección del familiar más cercano; plan de seguro de salud; categoría y número de póliza; médico que admite al paciente; la fecha y la hora de admisión

Sección 4. La Organización garantizará que toda la información del Expediente de Salud sea consistente al nivel de servicio ofrecido.

Artículo 7. Consentimiento Informado

Sección 1. El Expediente de Salud deberá contener evidencia de un Consentimiento Informado de admisión, tratamiento y procedimientos realizados al paciente.

Sección 2. Todo Consentimiento debe estar suscrito manual o electrónicamente por la persona legalmente autorizada para hacerlo.

Sección 3. En los casos que el Consentimiento no pueda obtenerse antes de ofrecer el tratamiento o procedimiento, deberá documentarse la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones que se hicieron para conseguirlo.

Sección 4. El Consentimiento será válido hasta tanto una de las partes lo anule o se lleve a cabo el tratamiento o procedimiento autorizado.

Sección 5. El Consentimiento debe contener por lo menos: nombre completo del paciente; fecha y hora en que se toma; nombre de la persona que consiente el tratamiento, bien sea el paciente o representante legal; el nombre del profesional que examinará, evaluará, diagnosticará y ofrecerá el tratamiento; evidencia que demuestre que al paciente se le ha explicado y que éste entiende el contenido del consentimiento; autorización para la disposición de cualquier tejido o parte del cuerpo; nombre de la facultad donde se realizará el procedimiento; la firma del paciente o representante legal y la firma del testigo de forma manual o electrónica.

Sección 6. El Consentimiento para anestesia debe contener el procedimiento o tratamiento a

ofrecerse; autorización para anestesia; tipo de anestesia a administrarse; posibles riesgos; nombre del médico que la administrará y explicará al paciente; firma del médico; y firma del paciente o representante legal de forma manual o electrónica.

Sección 7. El Consentimiento de procedimientos quirúrgicos deberá contener nombre del paciente, fecha, hora, nombre del médico que explica al paciente el procedimiento, nombre del procedimiento o procedimientos propuestos, riesgos y beneficios, alternativas de tratamiento, firma del médico, firma del paciente o representante legal de forma manual o electrónica.

Sección 8. La Organización establecerá la política a seguir en los consentimientos de casos especiales tales como aborto, abandono de la Facilidad sin consentimiento médico; menores; evaluación o tratamiento de pacientes inconscientes; fotografías; grabaciones; observación de procedimientos quirúrgicos; y procedimientos o pruebas en etapa de estudio o investigación; directrices anticipadas y otros.

Sección 9. El Expediente de Salud debe contener evidencia escrita de un consentimiento bien informado para privacidad, tratamiento y para los procedimientos que se ofrezcan al paciente en cualquier unidad de servicio de la Facilidad. Debe contener, por lo menos, los siguientes tipos de consentimientos:

- a) Tratamiento general
- b) Pagos, tratamiento y operaciones
- c) Procedimientos generales definidos en los estatutos internos de la facultad
- d) Procedimientos específicos
- e) Procedimientos quirúrgicos
- f) Anestesia
- g) Abandono de la facilidad sin consentimiento médico
- h) Directrices anticipadas
- i) Otros consentimientos

Artículo 8. Historial del Paciente

Sección 1. El Historial de Salud del paciente debe obtenerse directamente del paciente.

Sección 2. En aquellos casos donde el informante no sea el paciente, debe indicarse la razón por la que no se pudo obtener de él y el nombre de la persona que ofrece la información y la relación de ésta con el paciente.

Sección 3. El Historial de Salud deberá obtenerse al momento de la admisión o en las primeras veinticuatro (24) horas de haberse admitido al paciente.

Sección 4. La Organización podrá establecer en sus políticas aceptar copia del historial de salud del paciente siempre que este sea clara y legible, que haya sido redactado en un período no mayor de siete (7) días antes de la admisión, y sea actualizado al momento de la admisión.

Sección 5. En los casos obstétricos, el Historial podrá ser sustituido por una copia legible y clara del expediente prenatal, siempre y cuando se cumpla con el contenido de un historial completo.

Sección 6. Se considerara un Historial de Salud completo aquel que incluya: nombre completo del paciente (apellido paterno, apellido materno, nombre); número del expediente de salud; quejas sobre su enfermedad o condición presente; descripción, incluyendo edad, sexo, rasgos, y otros detalles de la enfermedad, problema, o condición de salud; historial pasado y social del paciente; historial familiar; inventario por sistema; fecha y hora en que se hace el historial del paciente; firma de la persona que redacta o entra la información al sistema electrónico. La contrafirma, siempre que el historial no sea realizado por el médico de cabecera del paciente.

Artículo 9. Informe de Examen Físico

Sección 1. El Informe de Examen Físico incluye los hallazgos y observaciones encontradas durante el examen practicado al paciente.

Sección 2. Deberá ser completado al momento de admisión o en las primeras veinticuatro (24) horas de haberse admitido al paciente.

Sección 3. Organización podrá establecer en sus políticas aceptar del examen físico, siempre que este sea clara y legible, que haya sido redactado en un periodo no mayor de siete (7) días antes de la admisión, y sea actualizado al momento de la admisión.

Sección 4. El Informe de Examen Físico debe contener por lo menos: nombre completo del paciente (apellido paterno, apellido materno, nombre) y número de expediente de salud, edad y sexo; signos vitales; resumen de los datos objetivos dados por el paciente y los hallazgos objetivos encontrados por el médico durante el examen; plan de tratamiento; impresión diagnóstica sin abreviaturas; fecha y hora en que se hace el examen, firma persona que realizo examen, y la contrafirma, siempre que el examen no sea realizado por el médico de cabecera del paciente.

Artículo 10. Ordenes Médicas de Tratamiento o Diagnóstico

Sección 1. Las Ordenes Médicas de diagnóstico y tratamiento incluyen: las órdenes escritas por miembros autorizados de la Facultad Médica de la Organización; médicos y dentistas en adiestramiento; y otros profesionales autorizados de acuerdo a sus privilegios clínicos.

Sección 2. Toda anotación de Orden Médica debe incluir: datos de identificación del paciente, título de la orden, fecha y hora de la orden; instrucciones de tratamiento; diagnóstico; firma y título de la persona que redacta la orden; fecha y hora en que se ejecuta la orden; y las iniciales y el número de licencia de la persona que administra o canaliza la orden.

Sección 3. Órdenes Verbales o Telefónicas: En los estatutos internos de la Facultad Médica se identificará por título y categoría, el personal autorizado para aceptar y transcribir órdenes verbales o telefónicas de médicos con privilegios en la facultad. Estas órdenes tendrán la fecha y la hora en que fue dictada y la firma, título y número de licencia de persona que la tomó y a la redactó. Las órdenes telefónicas y verbales deberán estar documentadas con fecha, hora y firma del médico que la dicta, dentro de las veinticuatro (24) de emitida la orden.

Sección 4. Las órdenes verbales sólo se utilizan en situaciones de emergencia.

Artículo 11. Observaciones Clínicas o Notas de Progreso

Sección 1. La Organización de salud establecerá políticas y procedimientos para la documentación de servicios de acuerdo al tipo de servicios que ofrece la Facultad, el tipo de paciente y la condición del paciente.

Sección 2. Las Notas de Progreso estarán escritas en forma legible por el médico o cualquier otro miembro autorizado del equipo de salud que intervenga en el cuidado

ofrecido al paciente, tales como: médico, enfermería, trabajo social, terapeutas respiratorios, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, profesional de nutrición dietética, farmacéuticos y entre otros.

Sección 3. Todo expediente tienen un estimado inicial o nota de admisión; notas subsiguientes de progreso diario o re-estimado y nota de alta.

Sección 4. La condición del paciente determinará la frecuencia de las notas subsiguientes de progreso.

Sección 5. Las Notas de Progreso deben ser documentadas por el profesional que lleva a cabo el cuidado o tratamiento.

Sección 6. La nota de admisión o estimado inicial, incluirá: fecha, hora, breve historial de la razón de admisión, signos vitales, síntomas, plan de tratamiento, firma ya sea forma de forma manual o electrónica, licencias y título del profesional.

Sección 7. Notas subsiguiente, notas de seguimiento o re-estimado del estado de salud incluirán: fecha, hora de la observación, nota que reflejen los problemas del paciente, cambios en condición resultados del tratamiento, instrucciones al paciente o familiar, firmaya sea forma de forma manual o electrónica, siglas del título profesional y licencia del profesional que hace la observación.

Sección 8. Nota de alta: fecha y hora de la salida del paciente, expresa resumen breve de la condición al momento del alta, disposición del caso e instrucciones al paciente o su familiar relacionada a actividad física, sexual, uso de medicamentos, dieta y seguimiento. En caso de muerte, describirá las circunstancias relacionadas a la muerte, fecha y hora en que el médico que certifica el deceso y hallazgos.

Sección 9. La Organización garantizará que la documentación del expediente de salud, sea clara, legible y que los profesionales de salud nodejen espacios en blanco para prevenir que se intercale información fuera de secuencia.

Sección 10. Se requerirá como mínimo una nota progreso diaria del médico a cargo del paciente donde se documente el progreso o cambios en el estado de salud y respuesta a tratamiento.

Artículo 12. Notas de Enfermería

Sección 1. Las Notas de Enfermería describen la condición del paciente, el tratamiento rendido, el resultado y respuesta del paciente al tratamiento.

Sección 2. La frecuencia de las notas de seguimiento está determinada por la condición del paciente y eventos que ocurran.

Sección 3. El personal de enfermería debe documentar por lo menos una nota por cada turno. La documentación será responsabilidad del profesional que ofrece el servicio. En el expediente de salud se evitará dejar espacios en blanco entre notas de progreso para prevenir que se intercale información fuera de secuencia.

Sección 4. Estimado inicial o nota de admisión incluirá fecha y hora de llegada del paciente: breve historial del paciente, nombre del médico y servicio al cual se admite, estatus mental, apetito, estimado del dolor, habilidad para realizar actividades del diario vivir, persona que lo acompaña: síntomas, signos vitales: muestras tomadas: medicamentos administrados, instrucciones al paciente o familiar, pertenencias y la firma, título, licencia del personal de enfermería que redacta la nota.

Sección 5. Nota de seguimiento: Las notas de seguimiento o re-estimado indicarán la fecha y hora de la nota, una descripción de los cambios en la condición del paciente, medicamentos administrados, estimado del dolor y la firma, siglas del título

profesional, licencia de la persona que redacta la nota.

Sección 6. La documentación del servicio de enfermería, incluirá observaciones en relación con: signos vitales, gráficas de signos vitales, ingresos y egresos de fluido, cambios de posición y otros.

Sección 7. Nota de alta: El contenido de la nota de alta será específico, igual a la nota de admisión, pero en referencia al alta del paciente. Además, deberá demostrar que el paciente o sus familiares comprenden las instrucciones. En casos de muerte, se indicará además: fecha y hora de la muerte, fecha y hora que se notifica al médico, nombre del médico que certifica el deceso, evidencia de que se informó al depósito de cadáveres de la institución y la fecha, hora y persona a quién se le entrega el cadáver.

Artículo 13. Informe de Consulta

Sección 1. Los estatutos internos de la Facultad Médica deben identificar los casos que requieran consulta y el personal que puede solicitar y contestar la misma.

Sección 2. Este informe incluirá un breve historial o descripción de la condición del paciente, tipo de consulta solicitada, fecha, hora, firma ya sea de forma manual o electrónica y título de la persona que hace la solicitud, fecha y hora en que se contesta la consulta, hallazgos del examen del expediente de salud y del paciente, recomendaciones del consultor y la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica y título de la persona que contesta la consulta.

Sección 3. Las consultas deberán contestarse dentro de las veinticuatro (24) horas que siguen a la petición de la misma.

Artículo 14. Informe de Nutrición y Dietética

Sección 1. La documentación en el expediente de salud, relacionada al aspecto nutricional, incluirá: evaluación nutricional inicial, plan nutricional, notas de seguimiento que reflejen resumen del historial dietético y asesoramiento nutricional al paciente, asesoramiento periódico y a tiempo del consumo nutricional del paciente y la tolerancia a la modificación de la dieta ordenada, descripción de las instrucciones dadas al paciente o familiar, evidencia de que el paciente o su familiar entiende las instrucciones dadas, descripción o copia de la información dietética dada al paciente al ser dado de alta, la fecha y hora, la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica y título de la persona que hace las anotaciones en el expediente.

Sección 2. El Informe de Nutrición y Dietética deberá estar incluido en un formulario específico para ello o en las notas de progreso, según las normas de la institución.

Artículo 15. Informes de Resultados y Pruebas de Diagnóstico y Tratamiento

Sección 1. El expediente de salud debe contener informes fechados y firmados de todos los procedimientos y pruebas ordenadas y realizadas durante el servicio ofrecido al paciente.

Sección 2. El informe debe estar en el expediente dentro de las veinticuatro (24) horas luego de procesado el mismo.

Sección 3. Todos los informes deben tener identificación del paciente y la hora, fecha y firma manual o electrónica de la persona que lo redacta.

Sección 4. Informes que contengan resultados fuera de los límites normales deben estar documentados en la nota de evaluación o en su lugar deberá ser firmada o

iniciados ya sea de forma manual o electrónica por el médico.

Artículo 16. Evaluación Pre-anestésica

Sección 1. Una Evaluación Pre-anestésica será realizada a todo paciente programado para cirugía.

Sección 2. Excepto en casos de emergencia, ésta evaluación se hará por el médico anesthesiólogo o por el cirujano oral, por lo menos veinticuatro (24) horas antes de la cirugía.

Sección 3. Esta evaluación deberá incluir: fecha y hora en que se hace la evaluación: historial de uso de drogas o agentes anestésicos con anterioridad; historial de alergias o reacciones a drogas o agentes anestésicos; examen de boca, abdomen, corazón y pulmón; problemas o riesgos potenciales; y la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica y título de la persona que realiza la evaluación.

Artículo 17. Informe de Anestesia

Sección 1. El Informe de Anestesia se redactará durante el proceso de aplicación y mantenimiento de la anestesia.

Sección 2. Dicho informe incluirá el diagnóstico pre-operatorio, tipo de procedimiento, nombre del cirujano, asistentes, anesthesiólogo y anestesista, medicamentos administrados, signos vitales, cambios en la condición del paciente, dosis y duración de los agentes, drogas, líquidos intravenosos y sangre aplicados y la fecha, hora y firma ya sea de forma de forma manual o electrónica del anesthesiólogo.

Artículo 18. Informe de Operación

Sección 1. El Informe de Operación debe ser escrito o dictado por el cirujano que realizó el procedimiento inmediatamente después de la cirugía.

Sección 2. De no estar inmediatamente la transcripción del reporte de operaciones, debe haber una nota de progreso que describa el procedimiento de la cirugía.

Sección 3. Este informe incluirá: una descripción completa y exacta de la técnica utilizada, hallazgos, diagnósticos pre y post operatorios, descripción del procedimiento utilizado, órganos y tejidos intervenidos, si se extrae tejido o espécimen y si se envió a patología, prótesis o implantes insertados, conteo de esponjas e instrumentos, estimado de pérdida de sangre, fecha y hora de comienzo y terminación de la cirugía y de la redacción del informe y la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica del cirujano que hace la operación.

Sección 4. El expediente de salud debe incluir el sello *labels* del fabricante que evidencia del tipo de implante o prótesis que se coloca al paciente.

Artículo 19. Informe Post-Anestesia

Sección 1. Todo paciente tendrá una visita post-anestesia realizada por el anesthesiólogo que será documentada en una nota de progreso post anestesia donde se documentará la condición del paciente y las complicaciones, si las hubo.

Sección 2. Este informe se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la operación e incluyen la fecha, la hora y la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica del médico que realiza la visita post-anestesia.

Artículo 20. Informe de Tejido

Sección 1. El Informe de Tejido describirá los hallazgos del examen macroscópico y

microscópico practicado en órganos, tejidos o muestras removidas durante una intervención quirúrgica.

Sección 2. El Informe de Tejido deberá contener por lo menos: identificación del paciente, fecha y hora en que se toma la muestra, médico que la ordena, diagnóstico patológico, descripción del examen, firma del patólogo, y la fecha en que se hace el informe.

Artículo 21. Conclusiones

Sección 1. Las conclusiones incluirán el diagnóstico provisional o razón de admisión, los diagnósticos finales, el resumen de alta o nota final de evaluación y el informe de autopsia cuando aplique.

Sección 2. Diagnósticos Tentativos y Finales:

- a) Todos los diagnósticos deberán ser expresados de acuerdo a la nomenclatura de las enfermedades⁴⁴, además deberán indicar el lugar anatómico afectado y la causa o etiología de la condición.
- b) No se usarán abreviaturas en la expresión de diagnósticos provisionales, finales o procedimientos.
- c) El diagnóstico provisional deberá estar en el expediente al momento de la admisión.
- d) En casos de autopsias se hará un diagnóstico anatómico dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la muerte.
- e) El diagnóstico anatómico será verificado con el protocolo de autopsia, el cual deberá estar disponible no más tarde de sesenta (60) días después de ocurrida la muerte.

Sección 3. Resumen de Alta:

- a) El resumen de alta deberá describir brevemente todo lo ocurrido durante la estadía en la facilidad de salud hasta el momento de alta.
- b) Se requerirá que incluya: datos de identificación del paciente, fecha de admisión y alta, diagnóstico provisional, diagnósticos finales, procedimientos quirúrgicos, complicaciones si las hubo, resumen de los eventos o hallazgos más significativos durante la hospitalización o estadía, tratamiento recibido por el paciente, condición del paciente al momento del alta, comparado con la condición al admitirse, disposición del caso, instrucciones dadas al paciente o su familiar relacionados con actividad física y sexual, uso de medicamento, dieta o seguimiento al tratamiento, fecha en que se hace el informe y la firma del médico que lo redacta.
- c) Una nota de alta completa podrá sustituir el resumen de alta en los siguientes casos: partos normales, recién nacidos normales, casos que terminan en muerte y pacientes sin complicaciones y datos de alta en las cuarenta y ocho (48) horas luego de la admisión.
- d) Copia del resumen de alta será entregado al paciente.

Artículo 22. Informe de Autopsia

Sección 1. El Informe de Autopsia contendrá la descripción de los hallazgos y la conclusión del examen post-mortem.

⁴⁴SNOMED (2014) Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms

Sección 2. El Protocolo de Autopsia deberá estar en el expediente dentro de los sesenta (60) días después de la muerte del paciente.

Sección 3. El informe escrito deberá contener la identificación del paciente, fecha y hora en que ocurrió el deceso, fecha y hora en que se realizó la autopsia, médico del paciente, hallazgos y conclusiones, diagnóstico y la firma ya sea de forma de forma manual o electrónica del patólogo o médico que realizó la autopsia.

Artículo 23. Expediente de Salud Servicios Ambulatorios

Sección 1. Se le preparará un Expediente de Salud a todo paciente que sea atendido en el servicio ambulatorio.

Sección 2. El Expediente de Salud de los servicios ambulatorios recibido por el paciente será incorporado al sistema de información de pacientes.

Sección 3. El Expediente de Salud debe incluir documentación completa, clara, exacta y evidenciará la evolución de la condición del paciente, y las reacciones a su tratamiento.

Sección 4. Se requerirá que el Expediente de Salud de los servicios ambulatorios recibido por el paciente incluya los datos de identificación del paciente, consentimiento informado, historial; examen físico; resultados de pruebas y procedimientos; diagnóstico tentativo; tratamiento; notas clínicas u observaciones de cada visita; y disposición del caso, educación e instrucciones al paciente y listado de problemas.

Sección 5. El listado de problemas se iniciará en o antes de la tercera visita del paciente. Estará actualizado de acuerdo a los cambios observados en el paciente. Los datos a documentarse son los siguientes: diagnóstico, procedimientos relevantes; medicamentos en uso; alergias; inmunizaciones, reacciones adversas a medicamentos o alimentos.

Sección 6. Las notas de evaluación o seguimiento deberán incluir: fecha y hora; nota narrativa que indique los problemas del paciente y cualquier cambio en la condición; resultados del tratamiento; firma, título del profesional y licencia que documenta el servicio.

Sección 7. Se le aplicarán las mismas medidas de control y seguridad, normas de documentación al expediente del pacientes hospitalizado.

Artículo 24. Expediente de Salud Servicio de Sala de Emergencias

Sección 1. A todo paciente que sea atendido en el servicio de emergencia de cualquier organización de salud se le preparará y mantendrá un expediente de emergencia que se integrará al expediente de Hospital y se archivará en el archivo general del servicio de administración de información de salud.

Sección 2. El Expediente de Emergencia consistirá de la información de identificación del paciente; hora y condición de llegada del paciente a la sala de emergencia; historial de la enfermedad o herida; hallazgos físicos, incluyendo signos vitales; cuidado ofrecido al paciente antes de llegar a la sala de emergencia; resultados y pruebas diagnósticas; ordenes de tratamiento; impresión diagnóstica sin abreviaturas; conclusión al terminar la evaluación final; condición del paciente al momento de la disposición final o de ser transferido a otro hospital; instrucciones dadas al paciente o familiar con relación al tratamiento a seguir; firma del paciente indicando que recibió las instrucciones; firma ya sea de forma de forma manual o electrónica del médico que lo atendió; y la hora y fecha en que el paciente abandono la sala de emergencia.

Sección 3. La Organización garantizará que el expediente de emergencia este documentado

en su totalidad, de forma clara y específica.

Sección 4. El Servicio de Administración de Información de Salud aplicaran las mismas medidas de control, seguridad, y políticas de documentación que al expediente de pacientes hospitalizados.

Sección 5. Cuando por razones de la condición del paciente, no sea posible obtener la información, se escribirá una nota explicativa indicando la razón por lo cual no se pudo obtener.

Sección 6. Si el paciente abandona la sala contra consejo médico, el mismo deberá firmar, exonerando al médico y a la facilidad; si el paciente se negara a firmar, se certificará este dato en el expediente.

Sección 7. Debe incluirse, en el expediente, los tratamientos o procedimientos que el paciente se negó a recibir. El médico debe hacer una anotación sobre el riesgo a que se expone el paciente al negarse a recibir el procedimiento o tratamiento que el médico considera necesario para la condición.

Artículo 25. Expediente de Salud Electrónico

La Organización de servicios de salud podrá determinar aquella metodología o sistema a utilizarse para el manejo, recopilación y conservación de la información de salud de los pacientes a los que ofrece servicio. La Facilidad puede utilizar un sistema de expedientes de salud de papel convencional, un sistema de expedientes electrónico, digitalizado o un híbrido de las alternativas antes señaladas, según estime conveniente a su operación.

Sección 1. La Organización será responsable de garantizar que el sistema de información electrónica para manejo de información de salud incorpore los principios esenciales de seguridad, confidencialidad integridad disponibilidad y privacidad de la información clínica del paciente.

Sección 2. Identificación única de Paciente

- a) La Organización será responsable de garantizar que la información a través del sistema de récord electrónico de salud provee para la identificación única del paciente al momento de recopilar y acceder la información clínica.
- b) El sistema de identificación de pacientes a través del sistema electrónico deberá permitir acceso rápido a la información del paciente.
- c) La Organización establecerá políticas para corregir la duplicidad de identidades del mismo individuo; identificación de los individuos, ya sea por nombres similares, fechas de nacimiento u otra información demográfica específica.
- d) El sistema de expediente electrónico de salud, deberá garantizar el intercambio de información⁴⁵ entre los distintos sistemas operacionales para el manejo del cuidado del paciente en la organización.
- e) La Organización será responsable de garantizar que el índice Maestro de Pacientes se mantenga actualizado a través del intercambio de información y el sistema operativo para el expediente electrónico de salud.

Sección 3. Exactitud de la información clínica

- a) La Organización garantizará que la información del expediente electrónico de salud mantenga la exactitud con los datos del estado de salud de cada paciente.

⁴⁵Interface

b) La Organización establecerá políticas que permitan identificar cualquier error o inconsistencia de la documentación, antes de incorporar la misma al expediente electrónico de salud.

c) El expediente electrónico de salud estará programado para permitir la corrección de un documento firmado, sin alterar el original.

d) El expediente electrónico de salud estará programado para permitir al usuario revisar lo documentado antes de que sea firmado.

e) La Organización garantizará que el expediente electrónico de salud sea programado utilizando terminología médica sistemática estandarizada para evitar interpretaciones erróneas.

Sección 4. Disponibilidad de la Información clínica

a) La Organización garantizará que el expediente electrónico de salud permite identificar el mínimo de información requerida para describir un incidente, observación o intención

b) La Organización se asegurará que la información documentada cumple con los requerimientos legales, regulaciones y políticas institucionales aplicables

c) El expediente electrónico de salud facilitará el acceso la documentación original, permitiéndose realicen enmiendas en caso de ser necesario, eliminando la duplicidad y documentación irrelevante y excesiva

d) La Organización garantizará expediente electrónico de salud facilitará la documentación de información en el momento o inmediatamente después del evento, proveyendo programación automática que asegure la integridad la documentación inalterable de la hora, fecha y la firma electrónica de cada entrada de datos, dictado, digitalización de originales, editajes, enmiendas, accesos y la transmisión de la documentación.

e) Toda la información clínica y social del paciente estará accesible y disponible inmediatamente para la toma de decisiones y la continuidad del tratamiento.

Sección 5. Seguridad, Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad de la información de salud electrónica

a) La Organización establecerá los mecanismos para que el expediente de salud electrónico utilizado para la documentación del cuidado del paciente cumpla con las leyes, regulaciones, guías y políticas aplicables para los procesos de documentación de la información en los servicios de salud.

b) Establecerá un mecanismo que permita el monitoreo continuo de riesgo de vulnerabilidad del sistema y alertas sobre posibles violaciones a la confidencialidad, integridad, disponibilidad y la seguridad de la información de salud.

c) La organización desarrollará y establecerá normas, políticas y procedimientos administrativos dirigidos a proteger la seguridad de la información electrónica del paciente.

d) Las normas y procesos administrativos para la seguridad de la información clínica del paciente incluirán la asignación de responsabilidades para cada usuario, descripción del mecanismo de control para los niveles de acceso de la información.

e) La Organización establecerá un plan de contingencia que garantice la

continuidad del servicio en caso de fallas del sistema.

- f) El plan de contingencia por fallas en el sistema electrónico estará documentado, actualizado y validado trimestralmente.
- g) La validación trimestral del plan de contingencia incluirá ejercicios de simulacros por fallas en el sistema, evaluación operacional del sistema y sus aplicaciones.
- h) La Organización establecerá procedimientos para reportar incidentes con el sistema, que incluya en análisis de manejo de riesgos de vulnerabilidad y política de sanciones por el manejo inadecuado de la información.
- i) Todo el personal que utilice el expediente de salud electrónico será debidamente adiestramiento al personal, se mantendrá evidencia de estos adiestramientos como parte del programa de desarrollo de personal de la Organización.

Sección 6. Seguridad Física

- a) La Organización garantizará la seguridad física de todas las estaciones donde se pueda acceder el sistema de expediente de salud electrónico.
- b) La seguridad física del sistema de expediente de salud electrónico incluirá los controles de acceso a las áreas de trabajo, procedimientos para la validación de los mismos y sistema de asignación de las estaciones de trabajo.
- c) El Servicio de Administración de Información de Salud será responsable de establecer un sistema de controles para mantener, resguardar y almacenar de la información clínica del paciente.

Sección 7. Seguridad Técnica

- a) La Organización garantizará un sistema de controles de acceso de seguridad que restringa el acceso de la información clínica del expediente de salud electrónico sólo a usuarios autorizados.
- b) El Administrador de Información de Salud será responsable de determinar los privilegios de controles de acceso de seguridad por niveles con identificación única del usuario para acceder la información.
- c) El Administrador de Información de Salud en colaboración con el Administrador de Sistema de Informática establecerán los procedimientos de acceso en situaciones de emergencia, mecanismos de controles para la auditoría de la información y los procesos, controles para la seguridad durante el manejo y la transmisión de información, uso dispositivos electrónicos y los mecanismos para la integridad de la información protegida de salud.

Artículo 26. Cumplimentación del Expediente de Salud

Sección 1. La Organización será responsable de salud establecerá medidas para la cumplimentación del expediente de salud manual o electrónico.

Sección 2. La Organización de servicios de salud establecerá una política bien definida con relación a cuándo el expediente de salud se considerará completo y estará listo para archivarse.

Sección 3. La Administración y la Facultad Médica de la Facultad deben desarrollar, aprobar, divulgar y dar seguimiento al cumplimiento de las normas de documentación de servicios en el expediente de salud.

Sección 4. El expediente de salud será completado en o antes de treinta (30) días posteriores

al alta del paciente.

Sección 5. La Administración y la Facultad Médica deberá definir, aprobar, divulgar y aplicar medidas disciplinarias, así como incentivos al cumplimiento de las normas de documentación de servicios de salud del expediente de salud.

Sección 6. Las políticas y medidas establecidas por la Administración y la Facultad Médica serán aplicables a todo el personal autorizado a escribir en el expediente de salud.

Sección 7. La calidad del expediente de salud dependerá de la legibilidad y contenido de la información del mismo.

Sección 8. Toda anotación del expediente será redactada sólo por personal profesional autorizado, según dispongan los estatutos internos de la facultad.

Sección 9. Ningún miembro de la Facultad podrá completar el expediente de salud de un paciente al cual no ha tratado.

Sección 10. Todas las anotaciones en el expediente de salud estarán fechadas, firmadas, se anotará la hora y se identificará a los autores de las mismas a través de su firma ya sea electrónica o manual y número de licencia.

Sección 11. Se limitará el uso de abreviaturas y signos a los autorizados y aprobados por la Facultad Médica de la Facultad; y con un sólo significado para estas abreviaturas y signos⁴⁶.

Artículo 27. Confidencialidad, Integridad, Disponibilidad, Seguridad y Custodia del Expediente de Salud

La Organización de salud establecerá medidas para la confidencialidad, integridad, disponibilidad, seguridad y custodia del expediente de salud y de la información de salud que conserva en cualquier medio físico o electrónico. La facultad de salud establecerá, las medidas administrativas, físicas y tecnológicas necesarias para mantener la confidencialidad, integridad, disponibilidad, seguridad y custodia de la información que salud custodia.

Sección 1. Confidencialidad y Disponibilidad

- a) La Organización de servicios de salud mantendrá disponible la información de salud de los pacientes en un medio que provea seguridad según lo establecido por las leyes federales y estatales.
- b) La Organización de servicios de Salud establecerá políticas de manejo, retención, uso y divulgación de información en cumplimiento con las leyes estatales y federales.
- c) Toda solicitud de información será por escrito y en cumplimiento con las políticas para el uso y divulgación de información de salud.
- d) La Organización de servicios de salud tendrá disponible la información de los pacientes para dar continuidad al cuidado médico, cumplir con el derecho del paciente al acceso, inspección, copia, enmienda, restringir usos y divulgaciones y contabilidad de divulgaciones.
- e) La información contenida en el expediente de salud se considerará de naturaleza confidencial.
- f) La información incriminatoria relacionada al paciente, obtenida mediante la

⁴⁶JCI, 2014 (PSG 4)

conversación o comunicación entre o con el médico, psicólogo clínico o trabajador social, y obtenida bajo condiciones de que ésta no será divulgada a terceras personas, se considerará, además de naturaleza privilegiada.

g) La Organización de servicios de salud limitará el acceso a información de salud al mínimo necesario.

Sección 2. Seguridad

a) La Organización de salud establecerá medidas administrativas, físicas y tecnológicas para proteger la privacidad, confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud de sus pacientes.

b) El expediente de salud deberá ser confidencial, actualizado, legible, completo, refrendado, y estar debidamente protegido en un lugar o medio electrónico que provea seguridad, en cumplimiento con las leyes estatales y federales.

c) La información contenida en el expediente de salud se considerará de naturaleza confidencial y privilegiada, no será divulgada a terceras personas, salvo que medie la autorización escrita del paciente o su representante autorizado o que se ordene por un Tribunal de Justicia o el Departamento de Salud.

d) La autorización no será necesaria cuando la información sea utilizada para la preparación de informes, estadísticas o revisiones de las agencias de acreditación, siempre que la identidad del paciente no se divulgue.

e) La autorización tampoco será necesaria en aquellos casos en que medie una orden judicial o administrativa; supoena o una disposición de ley como parte de una investigación o procedimiento gubernamental.

f) La Facilidad de salud protegerá a la información de sus pacientes verificando la identidad y autoridad legal de aquellas personas que solicitan uso o divulgación.

g) La Organización de servicios de salud tiene la obligación de tomar las medidas necesarias para proteger la seguridad y confidencialidad del expediente de salud, dándole énfasis a la protección de daño por fuego o agua y por acceso y uso indebido por personas no autorizadas.

h) La Organización establecerá políticas bien definida referente al personal que tendrá acceso a la información mínima necesaria del expediente de salud en papel o electrónico.

i) El expediente de salud o sicosociales, no podrá sacarse de la institución excepto mediante una orden de un Tribunal Justicia, Supoena o el Departamento de Salud⁴⁷.

j) De requerirse el traslado del expediente de salud por disposición de una orden del Tribunal Justicia, Supoena o el Departamento de Salud, el mismo será llevada en persona por el Profesional de Administración de Información de Salud o el personal que éste designe.

k) La información del expediente de salud será entregada al Tribunal de Justicia en el medio de almacenaje que se guarde la información en la Facilidad de salud.

l) El expediente de salud original será devuelto al Hospital o Facilidad de servicios de salud después de la vista para la cual fueron requeridos.

⁴⁷ Aplica la excepción a los expedientes del Programa de Salud Correccional

m) Si el Tribunal o el Departamento de Salud ordenará su retención en la Corte, se tomarán medidas para que en estos casos se prepare una copia certificada por el Director del Servicio de Administración de Información de Salud a los efectos de que sea una copia exacta del original para que se conserve en la Facilidad.

n) El profesional de Administración de Información de Salud o el Técnico de Información de Salud, según sea el caso, será responsable de que el original del expediente de salud retenido en el Tribunal sea devuelto a la brevedad posible.

o) La Organización establecerá políticas para prohibir la transmisión de información clínica vía facsímil u otro medio que no cumpla con requisitos de seguridad, protegiendo la información del paciente.

p) La política para prohibir la transmisión de información clínica vía facsímil establecerá la excepción para transmisión de información clínica en aquellos casos que la información sea requerida para continuidad de tratamiento vital del paciente. Para lo cual se requerirá autorización del paciente y el uso de un documento de trámite oficial para enviar cualquier información del paciente, donde se especifiquen las instrucciones en caso de error de destinatario al transmitir a través de la máquina de fax.

Sección 3. Custodia

a) La Organización de servicios de salud establecerá políticas y procedimientos para la custodia de la información en los expedientes clínicos y la que mantiene en medios electrónicos, según lo requieren las leyes federales y estatales.

b) El expediente de salud o sicosocial³⁹, no serán transferidos de una organización de servicio a otra. Se proveerá copia del expediente de salud o abstracto de la información médica a petición escrita de la organización de salud, y según autorizado por el paciente o su representante legal. La Organización que provea la información podrá facturar por la preparación de la copia, según los derechos establecidos en la ley.

c) El Administrador de Información de Salud será el custodio de todos los expedientes de salud y registros de información de salud que se generen en las distintas unidades de servicio de la organización.

d) El personal de enfermería será responsable de velar por el acceso, seguridad y confidencialidad de los expedientes de salud en la unidad de servicio, ya sea ésta hospitalización o estadia, clínicas, servicios ambulatorios o sala de emergencia.

Artículo 28. Conservación del Expediente de Salud

Sección 1. Conservación del Expediente de Salud basado en papel o electrónicos

a) Los expedientes de salud en su formato basado en papel o electrónico se conservarán por un período mínimo de cinco (5) años.

b) El expediente de salud de pacientes menores de veintiún (21) años se conservará hasta que el paciente (menor) cumpla veintidós (22) años de edad.

c) Aquellos expedientes de salud que por necesidad o interés particular de la organización de salud, se retenga por mayor tiempo del aquí estipulado, se retendrán mientras dure la necesidad expresada por escrito en sus estatutos internos.

d) Después de pasados cinco (5).años, o cumplidos los veintidós (22) años de edad en el caso de pacientes menores, o del tiempo adicional en los casos de interés particular, la Facilidad de salud conservará, por cinco (5) años adicionales, por lo menos los siguientes documentos de la última admisión o visita, en su forma original o en micropelícula, medio electrónico o digitalizado, entre otros:

1) Expediente de pacientes hospitalizados

- a. Hoja de admisión y alta
- b. Resumen de alta o muerte
- c. Informe de operación
- d. Informe de patología
- e. Informe de parto y del recién nacido
- f. Informe de autopsia

2) Expedientes de pacientes que recibieron Servicios Ambulatorios

- a. Lista de Problemas o *SummaryList*
- b. Historial Clínico o Informe de los hallazgos significativos de los servicios básicos así como de cualquier servicio clínico, tal como servicio dental, trabajo social, psiquiatría, psicología, nutrición, clínica de adolescentes, clínica prenatal, post parto, planificación familiar y WIC, entre otros.
- c. Informe de operación y de procedimientos de cirugía ambulatoria
- d. Informe de Patología o Citología

3) Expediente de pacientes que fueron atendidos en sala de emergencia

- a. Hoja de evaluación de Sala de emergencia
- b. Informes de procedimientos

4) Expedientes de pacientes que recibieron servicios de salud mental y de pacientes con impedimentos físicos se conservarán, además de las secciones previamente mencionadas, los siguientes documentos:

- a. Evaluación Psicológica
- b. Evaluación del Trabajador Social
- c. Evaluación del Psiquiatra

Sección 2. La Organización podrá conservar, además, cualquier otro documento que estime pertinente de acuerdo a su necesidad particular, según lo estipulado en este Reglamento.

Sección 3. Conservación del Expediente Electrónico de Salud

- a) Los expedientes de salud en formato electrónico se podrán conservar por un período indefinido o hasta el deterioro del formato en que se encuentre.
- b) El medio de conservación deberá tener un largo de vida no menor de diez (10)

años, asegurando la eficiencia y efectividad en el manejo de la información de la salud.

- c) El medio de conservación del expediente electrónico de salud deberá proveer para un acceso rápido y efectivo para todos los usuarios, garantizando la integridad, confiabilidad y disponibilidad de la información.
- d) Se pondrán en vigor salvaguardas administrativas, físicos y técnicos que mantengan la privacidad y seguridad de la información de salud de acceso no autorizado.
- e) Se aplicarán todas las regulaciones de conservación del expediente según establecidas en este reglamento.

Artículo 29. Disposición del Expediente de Salud

Sección 1. La disposición de los expedientes de salud debe ser utilizando un método que asegure que la información no será recuperada o reconstruida.

Sección 2. No se reutilizará o reciclará ningún medio de almacenaje electrónico de información de salud.

Sección 3. Para la disposición de los expedientes de salud se utilizarán los métodos de incineración, trituración, pulpa o pulverización.

Sección 4. Los expedientes de salud se conservarán en su forma original, papel o electrónico, por un mínimo de 10 (diez) años, exceptuando los expedientes de menores, los cuales se conservará hasta que el menor cumpla los 22 años.

Sección 5. Procedimiento para la Inactivación de Expedientes de Salud

a) Toda Organización de Salud podrá disponer de todos los expedientes de salud que han estado inactivos por cinco (5) años, entendiéndose por inactivos que el paciente no ha recibido ningún servicio en la Facilidad de salud durante el periodo de cinco (5) años consecutivos.

b) Esta inactivación no aplicará a los expedientes de salud de menores de (21) veintiún años; estos expedientes se conservarán por un término no menor de doce (12) meses, contados a partir del día en que el menor alcance los veintiún (21) años de edad.

Sección 6. Procedimiento para la Disposición del Expediente de Salud

a) Toda Organización de Salud deberá incluir en la Hoja de ingreso toda aquella información relacionada con su expediente de salud. Esta información debe incluir:

- 1) Derecho del paciente a solicitar copia de su expediente de salud durante el tiempo en que es atendido en la Facilidad.
 - 2) Derecho del paciente a solicitar copia del expediente de salud hasta cinco (5) años, contados a partir de su última visita a la facilidad.
 - 3) Posterior a este término de tiempo la Facilidad de salud dispondrá del expediente de salud sin previa autorización del paciente.
- b) La Organización de Salud mantendrá aquellos documentos señalados en este Reglamento, los cuales se mantendrán por cinco (5) años adicionales.
- c) Luego de 10 años o de los veintidós (22) años de edad en caso de un menor de edad, la Organización de Salud destruirá mediante incineración, trituración,

pulpa o cualquier otro método que garantice la destrucción total del documento en armonía con las leyes de protección ambiental.

- d) La Organización mantendrá una lista control de expedientes de salud destruidos, con el nombre y la firma del empleado que supervisa la destrucción del mismo.
- e) Será responsabilidad del Administrador de Información de Salud o del Técnico de Información de Salud la supervisión y certificación de la destrucción de los expedientes de salud.
- f) Se mantendrá un registro de la disposición de todos los expedientes de salud, sin importar el medio de conservación, la cual será retenida por la Organización permanentemente. Esta es requerida en caso de que sea necesario demostrar que los expedientes clínicos fueron destruidos, en el curso normal del negocio.
- g) En caso de pérdida de expedientes de salud relacionada con desastres internos o externos como fuego o inundaciones y que los mismos no pueden recuperarse, o se encuentren en condiciones de deterioro tal que no puedan ser microfilmados o digitalizados, se deberá disponer de ellos en su totalidad.
- h) Para la disposición de expedientes de salud por deterioro se levantará una declaración jurada ante notario de las condiciones de los mismos y de las razones de la pérdida.
- i) Se preparará un inventario de los expedientes de salud, siempre que sea posible, y este inventario se mantendrá bajo la custodia del Administrador y copia será sometida a la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud. Esta disposición será aplicable a los expedientes de salud que se hayan mantenido en las condiciones antes descritas con anterioridad a la aprobación de este Reglamento.
- j) En aquellos casos en que la institución de salud efectúe clínicas de cernimiento, vacunación u otra actividad de salud parecida o relacionada, podrá entregar al paciente los documentos generados durante la actividad de salud llevada a cabo.

Sección 7. Cese de Servicios

- a) Cuando una Organización de Salud cese operaciones permanentemente se publicará un edicto en la prensa en un (1) periódico de circulación general por lo menos tres (3) veces durante un mes.
- b) El edicto deberá contener la dirección dentro de la cual se deberá recoger el expediente de salud.
- c) Los expedientes de salud no reclamados dentro del término de tiempo establecido serán dispuestos según estipulado en este Reglamento.
- d) El paciente, tutor, representante legal o sucesor en derecho deberá acreditar su autorización para que se haga entrega del expediente de salud.

Sección 8. Organizaciones del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

- a) Las Facilidades de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, estatal o municipal, dispondrán de los expedientes de salud siguiendo las disposiciones de la Ley de Disposición de Documentos Públicos de Puerto Rico o cualquier otra disposición legal vigente sobre dicha materia.

Sección 9. Cambio de dueño

- a) Cuando una organización de salud cambie de dueño, el nuevo dueño o comprador se hará responsable de custodiar los expedientes de salud que están activos e inactivos.
- b) La compra, venta, permuta, alquiler o cualquier otra transacción definida en este Reglamento, no relevará al actual operador o dueño de la Facilidad o Institución de salud de cumplir con todas las disposiciones del mismo.

Artículo 30. Índices y Registros de Información de Salud

La Organización de Salud establecerá el sistema de recopilación de información de salud de acuerdo a su necesidad individual, las necesidades de los usuarios, y los recursos disponibles. El diseño del sistema de expedientes de salud deberá permitir la recopilación de información efectiva que satisfaga las necesidades del Departamento de Salud de Puerto Rico y de sus facilidades de salud. Se mantendrán índices adecuados a los fines de facilitar la obtención de información médica y estadística. Los índices se deberán mantener en el servicio de expedientes de salud son:

Sección 1. Índices de Pacientes: Este índice deberá contener por lo menos: apellidos paterno, materno y nombre del paciente; número de expediente de salud; número de seguro social, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento del paciente; su dirección; fecha de admisión y fecha de alta; y el nombre y apellidos del padre y de la madre. Este índice se conservará permanentemente.

Sección 2. Índice de Diagnóstico y Operaciones: En el índice de diagnóstico y operaciones se requerirá que se utilice la terminología de acuerdo a la Nomenclatura Médica oficialmente aceptada en Puerto Rico y se usará la Clasificación Internacional de Enfermedades y Operaciones para clasificar diagnóstico y procedimientos y el CPT para clasificar servicios profesionales. El índice tendrá la siguiente información: número de expediente; sexo y edad del paciente; nombre del médico; códigos de enfermedades y de operación; año de alta; diagnóstico y operaciones. Este índice se conservará permanentemente,

Sección 3. Índice de Médicos: El índice de médicos deberá incluir el número de expediente de salud; nombre del paciente; servicio y resultados del tratamiento; diagnóstico final; fecha de tratamiento y número de identificación del médico. Este índice se conservará por (5) años.

Sección 4. Registros: Los registros deberán incluir una lista en orden cronológico de los eventos que ocurren en la Facilidad. Se conservarán permanentemente los siguientes registros:

- a) **Registro de Admisión:** El registro de admisión deberá incluir la siguiente información: nombre del paciente con sus dos apellidos; número de expediente de salud; número de seguro social, procedencia; sexo y edad; fecha de admisión; si es caso nuevo o readmitido; y servicio o lugar asignado.
- b) **Registro de Alta:** Los registros de alta deberán incluir por lo menos la siguiente información; apellido paterno y materno; nombre; número de expediente de salud; sexo; edad; fecha de admisión y de alta; sitio o lugar de servicio dónde se da de alta; nombre del médico que da el alta; días de servicio; y otra información relacionada. Las necesidades de la Facilidad de salud determinan otros datos que deberán ser incluidos en este índice.
- c) **Registro de Números:** El registro de números deberá incluir el orden consecutivo de los números según se asignan a cada paciente; y su nombre completo, incluyendo ambos apellidos.
- d) **Registro de Muertes:** El registro de muertes deberá incluir el nombre de

paciente con sus dos apellidos; número de expediente de salud; fecha de admisión y de muerte; si se hizo autopsia y si ésta es médico-legal.

- e) Registro de Recién Nacidos: El registro de recién nacidos deberá incluir nombre del recién nacido; B/G o B/B, número de expediente de salud; número de seguro social, fecha de nacimiento; fecha de alta; sexo; nombre y apellidos del padre y la madre; dirección completa; y tipo de parto, ya sea múltiple, prematuro, a término, cesárea o espontáneo.
- f) Registro de Sala de Emergencias: El registro de Sala de Emergencias deberá incluir la siguiente información relacionada con los pacientes que solicitan servicios: nombre con ambos apellidos; sexo y edad, hora y forma de llegada; queja; hora en que fue atendido para evaluación; hora en que fue atendido por el médico; anotación si el paciente rehusó tratamiento; anotación de si la Sala de Emergencia rehusó darle tratamiento; disposición del paciente incluyendo información sobre tratado y admitido, estabilizado, tratado sin estabilizar, dado de alta, hora en que fue dado de alta, declarado muerto. Los nombres de los individuos que mueren al llegar deben ser incluidos en el registro. Cuando no se conozca su identidad, hasta tanto se conozca su identidad se registrará el nombre *John Doe* para masculino y *Jane Doe* para femenino para identificar estos pacientes. Si se registrara más de un, se utilizará secuencia numérica comenzando con el número uno (1) para distinguir entre los mismos.

g) Registro de Divulgaciones Realizadas: El registro de divulgaciones realizadas deberá incluir por lo menos la siguiente información: Nombre del paciente, número de expediente de salud, nombre del solicitante, fecha de solicitud, propósito de la divulgación, tipo de divulgación, información divulgada, dirección de la entidad o persona que recibe la información, fecha de divulgación en que se envía o se entrega la información. En el registro se excluirán las divulgaciones individuales, para tratamiento, pagos, y operaciones de la entidad; las de seguridad nacional o inteligencia, divulgaciones incidentales, para propósitos de instituciones correccionales, para propósitos de investigación, propósitos de ley y las ocurridas antes de abril 14 de 2003.

Artículo 31. Informes Estadísticos

La Organización de Salud deberá rendir informes estadísticos necesarios y especiales, para proveer información a las agencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que regulan los servicios de salud físico y mental, a las organizaciones acreditadoras y a cualquier otra organización de la comunidad que lo solicite. La Organización tendrá la responsabilidad de rendir informes mensuales, trimestrales y anuales según lo requieran las agencias antes mencionadas.

Sección 1. Todo Hospital preparará un censo diario que incluirá información que refleje el movimiento de pacientes hospitalizados.

Sección 2. En cada estación de enfermeras se preparará un censo correspondiente a éste servicio que incluirá: admisiones, altas, muertes, transferencias y cualquier otra información requerida por la Facilidad.

Sección 3. El censo general del Hospital será la recopilación de todos los censos individuales y el mismo se preparará en la sección o división a la cual se le asigne esta tarea.

Sección 4. El censo se obtendrá la información estadística básica para los distintos informes a rendirse y para los registros requeridos en la Facilidad.

Artículo 32. Estadísticas

Sección 1. La Organización será responsable de la estadística que deben mantener en el

Servicio de Administración de Información, este disponibles y sean tramitadas anualmente o según requerido por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico utilizando los medios de transmisión requerida:

- a) Total camas autorizadas por licencia
- b) Total camas en uso
- c) Total camas de pediátrica
- d) Total *bassineis*
- e) Porciento de ocupación
- f) Estadía promedio
- g) Total de admisiones
- h) Total de altas
- i) Total muertes
 - 1) Muertes ocurridas antes de las cuarenta y ocho (48) horas
 - 2) Muertes ocurridas después de cuarenta (48) horas
 - 3) Muerte ocurridas por anestesia
 - 4) Muertes ocurridas después de una cirugía
- j) Total de autopsia
 - 1) Autopsias clínicas
 - 2) Autopsia médico-legal
- k) Total de operaciones
 - 1) Operaciones programadas
 - 2) Operaciones de emergencias
 - 3) Operaciones canceladas
- l) Censo promedio diario
- m) Total días de cuidado
- n) Total recién nacidos
 - 1) Recién nacidos a término
 - 2) Recién nacidos prematuros
- o) Total natimueertos
- p) Total partos naturales y cesáreas
- q) Total abortos
- r) Total infecciones post-operatorias
- s) Total visitas a Servicios Ambulatorios
- t) Total visita sala de emergencias
- u) Total de casos de agresión sexual y de violencia doméstica atendido

- v) Total Servicios de Apoyo a Cuidado Clínico
 - 1) Total de estudios radiológicos
 - 2) Total de laboratorio
 - 3) Total de Servicios Cuidados Respiratorios
 - 4) Total Servicios de Terapia Física

w) Cualquier otra estadística requiera por el Departamento de Salud o el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico⁴⁸.

Artículo 33. Evaluación del Servicio

Sección 1. El Servicio de Administración de Información de Salud mantendrá un programa de evaluación de los servicios ofrecidos, demostrando el esfuerzo de todos sus empleados para mantener y aumentar la calidad de los servicios que se ofrecen.

Sección 2. Se mantendrá evidencia escrita de sus evaluaciones, incluyendo los problemas detectados y el plan de acción para corregirlos y darle seguimiento.

Artículo 34. Inspecciones

Sección 1. Este Reglamento autoriza a los agentes del Departamento de Salud para que en el desempeño de sus funciones, evalúen los servicios de administración de información de salud y que inspeccionen sus expedientes, incluyendo los expedientes de salud.

Artículo 35. Reuniones del Personal

Sección 1. El Servicio de Administración de Información de Salud llevará a cabo reuniones periódicas, preferiblemente mensuales, con el propósito de evaluar, orientar y mantener informado al personal de todo lo relacionado al funcionamiento del servicio y demás actividades de la Facilidad; se conservará evidencia escrita de estas reuniones.

CAPÍTULO XIII

SERVICIOS DE TELEMEDICINA

La telemedicina se refiere al empleo de las tecnologías de información y comunicaciones para brindar asistencia médica a quien lo requiera en lugares distantes, por medio de la transferencia de información médica a través de redes de comunicación. Esta es utilizada en situaciones donde existen barreras físicas que limitan e impiden el contacto físico entre el paciente y el proveedor, ayudando a mejorar sustancialmente el acceso de estos pacientes a los servicios de salud.

Artículo 1. Alcance

Sección 1. Las organizaciones de salud utilizarán la tecnología para ampliar su margen de atención a pacientes en aquellos servicios que no pueden ser acezados por el paciente, proporcionando un mejor acceso a especialistas, mejorarla calidad del cuidado, lograr el enlace de profesionales de la salud que laboran en zonas remotas y en muchos casos, reducción de costos.

Sección 2. Servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento

Sección 3. Servicios de consultoría

Sección 4. Monitoreo a distancia, incluyendo lectura e interpretación de resultados de laboratorios y procedimientos

⁴⁸Ley Núm. 209 de 2003: Ley del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

Sección 5. Servicios de rehabilitación

Sección 6. Educación al paciente y a los profesionales de la salud

Sección 7. La Organización incorpora el uso de tecnología avanzada como sistemas de audio, los satélites, la tecnología de microondas, equipos digitales y/o el Internet, para la transferencia de imágenes y videos interactivos.

Artículo 2. Expediente de Salud

Sección 1. Contenido Mínimo del Expediente de Telemedicina

- a) Nombre del paciente
- b) Número de Identificación (número de récord).
- c) Fecha de servicio
- d) Localización del paciente especificando ciudad y facilidad
- e) Nombre del médico que refiere
- f) Localización del médico que refiere
- g) Nombre del médico consultor
- h) Localización del médico consultor
- i) Nombre del proveedor, facilidad
- j) Tipo de evaluación que se realice
- k) Consentimiento informado
- l) Resultados de la evaluación
- m) Personas presentes durante la tele consulta y propósito de su presencia
- n) Diagnóstico o impresión
- o) Recomendaciones de tratamiento
- p) Descripción del equipo utilizado para telemedicina
- q) Documentar problemas técnicos durante la tele consulta
- r) Información sociodemográfica del paciente

Sección 2. La organización garantizará que el expediente de salud cumpla con los mismos requisitos de contenido y documentación, según la ley estatal y federal aplicable.

Artículo 3. Consentimiento Informado del Paciente

- a) El médico deberá obtener del paciente su consentimiento informado verbal y escrito antes de que se presten los servicios.
- b) El procedimiento para obtener el consentimiento informado deberá asegurar, como mínimo, que se ha informado al paciente verbalmente y por escrito,
- c) El paciente tendrá la opción de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin que se afecte el derecho a recibir cualquier otro tipo de atención

o cuidado médico.

- d) El consentimiento informado incluirá una descripción de los riesgos potenciales, consecuencias, y beneficios de la telemedicina.
- e) La Organización garantizará las protecciones aplicables a la confidencialidad del paciente.
- f) El paciente firmará la declaración escrita, antes de que se proceda con el uso de la telemedicina, indicando que entiende y ha discutido con el médico su uso.
- g) Este consentimiento escrito del paciente formará parte de su expediente de salud. En caso de que el paciente sea un menor de edad, o persona declarada legalmente incapacitada mental, este Artículo será aplicable a su custodio o representante legal.
- h) El paciente será orientado sobre sus derechos, confidencialidad de la información transmitida y a obtener copia de la misma mediante el pago de los derechos correspondientes.

Artículo 4. Confidencialidad e Integridad del Expediente de Salud del Paciente

Sección 1. La Organización de salud que practique la telemedicina, deberá cumplir con la legislación o reglamentación existente en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico sobre el manejo y mantenimiento de los expedientes de salud de sus pacientes incluyendo la confidencialidad de los mismos.

Sección 2. La Organización será responsable de mantener aquellos controles o mecanismos que aseguren la integridad de la información del expediente de salud electrónico de forma tal que no pueda ser acezada o alterada por terceras personas que no mantengan una relación médico-paciente, y cuya intervención podría afectar el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente.

Sección 3. En el caso de los médicos fuera de la jurisdicción también deberán cumplir con cualquier otra disposición existente en el estado o territorio donde se encuentre dicho médico.

Sección 4. Se debe informar al paciente, si estarán presentes algún profesional de la salud, personal técnico o familiar del paciente.

Sección 5. Las intervenciones con el paciente no serán grabadas para evitar violentar la confidencialidad del mismo.

Sección 6. Consentimiento informado debe incluir los nombres del médico que refiere y el médico consultor, y se debe informar al paciente que su información de salud será transmitida de forma electrónica.

Sección 7. El expediente de salud de telemedicina puede estar en copia original, cinta de videoo audio, cinta de monitor y archivos electrónicos.

Artículo 5. Seguridad y Privacidad de la Información Clínica

Sección 1. La Organización de servicios salud será responsable de garantizar que existe un acuerdo de confidencialidad y de no divulgación esté firmado por los profesionales que tienen acceso al sistema de telemedicina.

Sección 2. La Organización de servicios salud utilizarácriptografía, para asegurar la integridad de la transmisión.

Sección 3. Se aplicaran todas las regulaciones de administración de información de salud según dispuesto en este Reglamento.

CAPÍTULO XIV

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

La calidad en el campo de la salud ha sido definida como la totalidad de los rasgos y características de un servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, y cumplir con las especificaciones y requisitos para la prestación de servicios de salud. El concepto de Calidad ha evolucionado hasta convertirse en un modelo administrativo que introduce el concepto de mejoramiento continuo en las organizaciones de salud. Los expertos o intelectuales de la calidad, han postulado que las principales razones de las organizaciones de salud para promover la calidad de sus servicios son:

1. Buscar de forma activa la satisfacción del cliente, priorizando en sus objetivos la satisfacción de sus necesidades y expectativas con relación al servicio de salud recibido.
2. Promover la cultura de la organización dirigiendo los esfuerzos hacia el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios brindados al paciente.
3. Promover la motivación del personal maximizando su participación en procesos continuos de mejoramiento de la calidad que redunden en mayor satisfacción y seguridad del paciente⁴⁹.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El Director del Programa de Mejoramiento de Calidad será un profesional en el campo de la salud con experiencia y educación en procesos de evaluación de mejoramiento de calidad, será responsable de la planificación, coordinación, dirección, implantación y evaluación de las actividades de calidad en la Organización y responderá al principal oficial ejecutivo de Administración en la Institución.

Artículo 2. Programa de Mejoramiento de la Calidad

Sección 1. Toda organización que ofrece servicios de salud a nivel hospitalario tendrá un Programa de Mejoramiento de la Calidad para la evaluación de los servicios que se ofrecen al paciente y el mejoramiento organizacional.

Sección 2. El diseño y organización del programa incluirá:

- a) Un proceso organizado y sistemático para la identificación de los problemas de la Calidad y establecimiento de las prioridades para trabajar los mismos.
- b) Descripción de la metodología de evaluación aplicando principios de estadística descriptiva e inferencial.
- c) Proceso analítico de solución de problemas y toma de decisiones para la determinación de las acciones ante situaciones o problemas que impactan el cuidado al paciente y el desempeño organizacional.
- d) Proceso sistemático y continuo para evaluación de la efectividad de las acciones llevadas a cabo.

Artículo 3. Recopilación de datos

Sección 1. La recolección de datos para la evaluación de la calidad del servicio ofrecido por

⁴⁹ JCI, 2014 (PI)

la Organización que ofrece servicios de salud a nivel hospitalario, se realizará a través de un proceso sistemático, organizado.

Sección 2. La Organización podrá aplicar técnicas de muestreo, garantizando que la representación del universo del proceso que se evaluará.

Sección 3. La Organización deberá establecer un proceso de recolección de datos para aquellos aspectos se vigilarán de manera continua, utilizando diferentes estrategias.

Sección 4. Los datos obtenidos serán evaluados según la frecuencia de ocurrencia, el alcance y la severidad del aspecto a evaluar.

Sección 5. La Organización será responsable de establecer un proceso de recolección de datos y evaluación de la calidad que incluya: de los aspectos mandatorios del cuidado se enumeran a continuación, según el tratamiento brindado, sin que su listado se entienda como una limitación:

- a) Diagnósticos pre y post-operatorios
- b) Revisión de tejidos
- c) Eventos adversos pre, durante y post-anestesia
- d) Reacciones a transfusión de sangre y sus derivados
- e) Reacciones adversas a medicamentos.
- f) Errores en prescripción, despacho, preparación y administración de los medicamentos. Se estimará la frecuencia de ocurrencia, naturaleza y acciones correctivas establecidas.
- g) Uso de sangre y sus derivados.
- h) Procedimientos operatorios invasivos y no invasivos.
- i) Eventos clínicos no esperados o relacionados al manejo de riesgo.
- j) Uso adecuado de medicamentos
- k) Actividades de utilización adecuada de los servicios
- l) Resultados de autopsias
- m) Actividades de control de calidad, según le aplique a los departamentos servicios concernidos
- n) Infecciones nosocomiales y vigilancia para el control de infecciones.
- o) Adecuación del cuidado médico y quirúrgico.
- p) Todos los servicios contratados.

Sección 6. Se incluirá cualquier otro aspecto del cuidado de salud ofrecido, tratamiento brindado o modalidades terapéuticas aplicadas, según riesgo, volumen o complejidad.

Sección 7. La Organización lleva a cabo y documenta las acciones remediativas apropiadas para corregir toda aquella práctica deficiente que haya sido identificada por el programa de mejoramiento de la calidad.

Artículo 4. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. La Organización desarrollará un Manual de Normas y Procedimientos que deberá ser revisado anualmente.

Sección 2. El Manual del Programa de Mejoramiento de la Calidad incluirá:

- a) Visión de la organización de servicios de salud
- b) Misión de la organización de servicios de salud
- c) Misión del programa
- d) Filosofía del programa
- e) Metas y objetivos del programa
- f) Alcance del Programa
- g) Estrategias de organización
- h) Deberes o funciones del personal
- i) Mecanismos de coordinación
- j) Métodos de vigilancia y evaluación
- k) Métodos para la solución de los problemas
- l) Normas específicas para el desarrollo de las actividades de estimado y evaluación
- m) Responsabilidades de los departamentos y servicios.
- n) Mecanismos de enlace con las actividades de manejo de riesgo y utilización del servicio
- o) Mecanismos utilizados para vigilar el progreso de la solución o nivel de solución a los problemas detectados
- p) Confidencialidad de la información recopilada durante el proceso evaluativo
- q) Formas usadas para evaluar, analizar los datos y la documentación del proceso evaluativo
- r) Plan de Evaluación anual

Artículo 5. Evaluación Anual

Sección 1. Anualmente se evaluarán los logros obtenidos en el Plan Anual de Calidad, logro de los objetivos, alcance, organización y efectividad de las actividades de Calidad.

Sección 2. Se determinará, mediante los datos estadísticos, el nivel de ejecución alcanzado y se identificarán las actividades de calidad que requieren continuar siendo evaluadas.

Artículo 6. Confidencialidad, Privacidad y Seguridad de la Información

Sección 1. Toda la información recopilada durante el proceso evaluativo de la Facilidad será considerada confidencial y privada.

Sección 2. La Organización indicará por escrito el procedimiento a seguir para archivar, en forma segura, toda la información recopilada y el personal o agencias que podrán tener acceso a esta información.

Artículo 7. Seguridad en el Cuidado del Paciente

Sección 1. Todas las organizaciones de salud que ofrecen servicios hospitalarios tendrán la responsabilidad de establecer los procedimientos necesarios para la prevención, identificación, solución y corrección de situaciones de seguridad en el cuidado del paciente.

Sección 2. Todas las organizaciones de salud establecerán un procedimiento para identificar eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes, mecanismos de investigación inmediata de cualquier evento identificado o que constituya un potencial riesgo para la salud, seguridad y vida de los pacientes.

Sección 3. El procedimiento para identificar eventos que puedan constituir riesgo a la salud, seguridad y vida de los pacientes incluirá:

- a) Definición, notificación y desarrollo de un plan correctivo dirigido a la mitigación de daños del evento adverso o de peligro en la seguridad del cuidado del paciente, identificadas por el personal de la Facilidad o personal oficial de agencias reguladoras
- b) Descripción de medidas correctivas inmediatas que eliminan y corrigen el evento adverso o de peligro en la seguridad del cuidado del paciente que hayan sido aprobadas por la Autoridad Ejecutiva de la Organización.
- c) Desarrollo de un plan correctivo por escrito e implantación de medidas inmediatas, cumplimentado por un plan alterno de ser necesario.

Sección 4. Clasificación de situaciones de riesgos en la seguridad en el cuidado de paciente

a) Las organizaciones de salud establecerán la definición de situaciones adversas o de riesgo en la seguridad en el cuidado del paciente. Esta clasificación proveerá lo siguiente:

1. Eventos adversos donde existe daño inmediato, lesiones serias, deterioro o muerte, o está a riesgo de ocurrir o recurrir, que ponen en peligro la salud y seguridad de los pacientes.
2. Situaciones donde los componentes de la Facilidad conocen la situación de peligro y no ejercen su responsabilidad de velar por la salud y seguridad de los pacientes.
3. Situaciones donde sea un sólo paciente, estén, haya estado o pueda estar a riesgo de sufrir lesiones o daños serios, deterioro o muerte.
4. Prevención de enfermedades o infecciones nosocomiales.
5. Prevención de reacciones adversas a medicamentos.
6. Administración de medicamentos y tratamientos, según prescritos por el médico.
7. Manejo efectivo, confiable y seguro de pruebas diagnósticas.
8. Manejo efectivo, confiable y seguro de equipo necesario para el tratamiento y rehabilitación del paciente.

9. Nutrición adecuada e hidratación en cantidad, tipo y consistencia necesaria y apoyo nutricional.
10. Identificación correcta del paciente.
11. Seguridad en la administración de sangre y sus derivados.
12. Seguridad en el trasplante de órganos y tejidos.
13. Seguridad contra incendios y peligros ambientales.

Artículo 8. Normas y Procedimientos

Sección 1. La Organización de salud desarrollará normas y procedimientos para asegurar que se identifican y se manejan situaciones relacionadas a negligencia y abuso para prevenir situaciones de peligro.

Sección 2. El desarrollo de normas y procedimientos incluirá:

1. Prevención de negligencia.
2. Protección de abuso.
3. Protección de enfermedades o infecciones nosocomiales.
4. Protección de daño psicológico.
5. Provisión de equipo necesario para el tratamiento y rehabilitación del paciente.
6. Provisión de nutrición adecuada e hidratación en cantidad, tipo y consistencia necesaria, apoyo nutricional y mantenimiento de la salud.
7. Provisión de evaluación médica, estabilización en condiciones de emergencias a los individuos y a una mujer en etapa activa de parto.
8. Realización de un traslado seguro del paciente.
9. Identificación correcta del paciente.
10. Identificación de necesidades y establecimiento de planes de cuidado.
11. Administración de sangre y sus derivados.
12. Trasplante de órganos y tejidos.
13. Procedimiento contra incendio, peligros ambientales.
14. Educación al personal sobre manejo de emergencias
15. Cualquier otro aspecto que requiera ser normativo.

CAPÍTULO XV

SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Artículo 1. Organización

Sección 1. Todo Hospital tendrá un Servicio de Enfermería organizado que provea un

cuidado integrado, continuo y dentro de los estándares más altos de calidad.

Sección 2. Los servicios de enfermería serán ofrecidos a cada paciente en forma continua las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana.

Sección 3. El Servicio estará organizado de acuerdo a los servicios que se ofrecen en la Facilidad, las necesidades de la población a la cual sirve y a las leyes y reglamentos vigentes de la profesión de enfermería en Puerto Rico.

Artículo 2. Ejecutivo(a) de Enfermería

Sección 1. El Servicio de Enfermería estará dirigido por un profesional de la enfermería competente y cualificado por educación y experiencia.

Sección 2. Su nombramiento será a jornada completa.

Sección 3. Poseerá un grado de maestría en ciencias de enfermería con rol o especialidad en administración de una facilidad de educación superior acreditada o reconocida por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico y una licencia como enfermera(o) especialista.⁵⁰

Sección 4. Evidenciará el nivel de competencia a través de un programa y cursos específicos de administración, incluyendo planificación, presupuesto y desarrollo de patrón de personal entre otros.

Sección 5. El/la Ejecutivo/a de Enfermería tendrá la autoridad y responsabilidad para administrar el Servicio de Enfermería incluyendo:

- a) Desarrollar un plan de trabajo anual.
- b) Establecer normas y procedimientos para la prestación del cuidado de enfermería.
- c) Desarrollar, aprobar e implantar estándares de práctica y cuidado.
- d) Desarrollar el sistema de patrón de personal.
- e) Desarrollar y establecer los requisitos de puestos, los deberes, responsabilidades y evaluaciones del personal de enfermería y de apoyo.
- f) Establecer criterios de reclutamiento y retención, asignación y despidos del personal de enfermería.
- g) Participar a nivel institucional en el desarrollo de la misión, la planificación estratégica y el desarrollo de normas y programas institucionales que afectan el cuidado de enfermería.
- h) Representar al Servicio de Enfermería en comités o altos cuerpos del Gobierno, Administración y Facultad Médica.
- i) Participar activamente en las actividades de seguridad, control de infecciones y evaluación de la calidad.
- j) Vigilar que el personal de enfermería mantenga sus credenciales actualizadas.

Artículo 3. Supervisión

Sección 1. Cada unidad de servicio contará con un Supervisor que poseerá como mínimo un bachillerato en ciencias de la enfermería, una licencia de enfermera generalista y

⁵⁰ JCI (2014) NR.01.-03

experiencia clínica en el área a la cual es asignado.

Sección 2. Existirá evidencia de la orientación ofrecida de acuerdo con las funciones y preferiblemente haber tomado un curso especial en supervisión gerencia/administración.

Sección 3. El ejecutivo delegará por escrito la autoridad necesaria para cubrir la supervisión general del servicio en su ausencia durante los fines de semana, tarde y noche, días feriados y vacaciones.

Artículo 4. Determinación de Necesidades de Personal

Sección 1. La organización determinará el número de personal requerido en cada turno, de acuerdo con el sistema de personal.

Sección 2. El número de personal determinado y disponible en cada turno deberá garantizar la seguridad, el cumplimiento con el tratamiento y la completa satisfacción de las necesidades de cuidado de enfermería de cada paciente.

Sección 3. En cada unidad de cuidado de salud se asignará siempre una enfermera/o generalista a cargo del cuidado al paciente.

Sección 4. La determinación de personal se desarrollará utilizando un método válido y confiable.

Sección 5. El método utilizado estará claramente definido en el Manual de Normas y Procedimientos administrativos del servicio.

Sección 6. Al desarrollar el patrón de personal se considerarán los siguientes elementos:

- a) Complejidad del cuidado requerido y la clasificación de pacientes de acuerdo a ésta,
- b) Estructura física,
- c) Tecnología utilizada,
- d) Método de asignación de trabajo,
- e) Censo promedio en las unidades generales o capacidad en las unidades de cuidado crítico,
- f) Días productivos vs. días no productivos,
- g) Deberes y responsabilidades del personal de enfermería y otro personal.

Sección 7. La determinación de personal se revisará y ajustará como mínimo cada dos años o más frecuente de ser necesario.

Artículo 5. Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Enfermería

Sección 1. El servicio de enfermería mantendrá un Manual de Normas y Procedimientos Administrativos actualizado.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos será revisadocada dos (2) años o más frecuente de ser necesario y aprobado por la Autoridad Ejecutiva de la organización.

Sección 3. El Manual establecerá sin que se entienda como una limitación, lo siguiente:

- a) Descripción del servicio

- b) Organización del servicio de enfermería
- c) Visión, misión, metas filosofía y objetivos del servicio
- d) Plan de organización (diagrama organizacional)
- e) Coordinación con otros servicios
- f) Plan de dotación de personal
- g) Estándares de práctica y de cuidado
- h) Contratos de guardias o *per diem* para personal profesional
- i) Descripción de las normas y procedimientos relacionados con los requisitos de este reglamento
- j) Normas y procedimientos que describen el proceso de enfermería para la prestación del cuidado a paciente.
- k) Normas y procedimientos para recibir prescripciones médicas verbales o por teléfono.
- l) Normas y procedimientos relacionados a errores en medicamentos
- m) Reuniones de departamento de enfermería

Artículo 6. Áreas de Cuidado Especial

Sección 1. El Servicios de Enfermería establecerá un manual donde estén bien definidas las normas y procedimientos de cuidado al paciente en áreas específicas tales como, pero que no se limite a:

- a) Cuidado Intensivo Adulto o Pediátrico)
- b) Cuidado Coronario
- c) Obstetricia
- d) Ginecología
- e) Recién Nacidos
- f) Unidades Renales
- g) Sala de emergencia

Sección 2. El manual incluirá normas sobre:

- a) Protocolos de resucitación
- b) Planes de desastres-medidas de seguridad
- c) Almacenaje de medicamentos y suplidos
- d) Medidas de limpieza, higiene y control de infecciones
- e) Control de visita y control de personal no autorizado
- f) Integración de servicios

g) Supervisión y responsabilidades

h) Protocolos de manejo de condiciones específicas

Sección 3. Cada unidad de enfermería desarrollará un Manual de Normas y Procedimientos el cual será aprobado por el Director del Servicio de Enfermería.

Sección 4. El Manual de Normas y Procedimiento de cada unidad incluirá los procedimientos más comunes realizados por el personal, la norma para el control de infecciones y norma de seguridad del área.

Artículo 7. Documentación de Enfermería en el Expediente de Salud

Sección 1. El personal de enfermería documentará en el expediente de salud de acuerdo con el ámbito de sus funciones, y las leyes y reglamentos vigentes⁵¹.

Sección 2. La documentación del expediente de salud evidenciará la ejecución del proceso de enfermería desde la admisión hasta el alta.

Sección 3. Todas las anotaciones serán legibles, concisas e indicarán la fecha y hora en que se llevaron a cabo. Se redactarán siguiendo el proceso de enfermería.

Sección 4. Estimado

a) A todos los pacientes admitidos al Hospital se le realizará un estimado de necesidades en el momento de la admisión o en un tiempo establecido por la Facilidad, siempre que no exceda de las veinticuatro (24) horas desde que es admitido.

b) El estimado establecer las necesidades individuales del paciente relacionadas a su condición y la etapa de crecimiento y desarrollo y los factores físico, sicosociales, ambientales, auto cuidado, educación y planificación del alta.

Sección 5. Planificación

a) El cuidado de enfermería se llevará a cabo de manera planificada a través del establecimiento de objetivos medibles para el paciente.

b) La Organización de Salud determinará la manera de evidenciar esta planificación.

c) La intervención de enfermería documentada en el expediente evidenciará la efectividad del método utilizado para guiar las actividades del cuidado.

Sección 6. Implantación

a) La intervención será documentada de acuerdo con la planificación del cuidado y el tratamiento médico.

b) El hospital establecerá el sistema y formularios de documentación que faciliten esta tarea sin afectar la calidad del contenido y el aspecto legal.

c) El expediente de salud deberá reflejar la intervención en cada turno.

d) El personal prestará especial atención a la educación al paciente/familia durante su intervención.

⁵¹ Ley Número 9 del 11 de junio de 1987

Sección 7. Evaluación

- a) El personal evaluará y documentará la respuesta del paciente la intervención de enfermería, educación y al tratamiento provisto.

Artículo 8. Programa Educativo

Sección 1. El Servicio de Enfermería mantendrá un programa educativo para satisfacer las necesidades del servicio y del personal.

Sección 2. Se evidenciará el cumplimiento- con este programa y de la asistencia al mismo.

Sección 3. El programa incluirá:

- a) Programa de orientación al personal nuevo por niveles y de acuerdo con las funciones del empleado.
- b) Estimado y desarrollo de competencias específicas
- c) Plan de educación, en servicio para mantener las competencias del personal incluyendo sin limitarse
- d) Adiestramientos
- e) Adiestramientos relacionados al área de servicio que esté asignada
- f) Desarrollo de líderes
- g) Otras actividades identificadas y necesarias para el desarrollo profesional del personal.

Artículo 9. Evaluación de la Calidad del Servicio

- a) El servicio de enfermería desarrollará un plan para la evaluación regular del servicio.
- b) Las actividades de calidad de los servicios de enfermería formará parte del Programa de Mejoramiento de la Organización.
- c) Todas las actividades de evaluación serán debidamente documentadas y sometidas al Programa de Mejoramiento de la Organización.

CAPÍTULO XVI

SERVICIO DE ANESTESIA SALA DE OPERACIONES Y SALA DE RECUPERACIÓN

Artículo 1. Organización

Sección 1. Si la Organización de Salud ofrece servicios médico quirúrgicos tendrá organizado un servicio de anestesia de acuerdo a las necesidades de la población y de los recursos disponibles en la facilidad.

Sección 2. El servicios de anestesia estará organizado para proveer al paciente el cuidado necesario antes, durante y después de la administración de la anestesia y la intervención médico quirúrgico.

Sección 3. Los servicios de anestesia estarán debidamente coordinados e integrados con todos los servicios o departamentos clínicos que requieran la administración de

anestesia.

Sección 4. El servicio de anestesia será responsable por la administración de anestesia a los pacientes en cualquier área que ésta se provea.

Artículo 2. Dirección

Sección 1. El servicio de anestesia estará dirigido por un médico anesthesiólogo cualificado y autorizado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico a ejercer la práctica médica en Puerto Rico.

Sección 2. La organización de servicios de salud mantendrá un expediente cumplimentado con las credenciales del anesthesiólogo de acuerdo a los requisitos de la facultad médica del hospital y en incumplimiento con este Reglamento.

Sección 3. Las funciones, deberes y responsabilidades de Director de Anestesia estarán definidos por escrito en el Manual de normas y procedimientos del servicio o departamento y contenidas en el expediente de facultad médica. Entre sus responsabilidades estará la dirección de la sala de operaciones y recuperación.

Artículo 3. Personal Médico

Sección 1. El departamento o servicio de anestesia tendrá asignado el número de anesthesiólogos necesarios para cubrir el programa de trabajo que requiere la cubierta de las cirugías electivas, cirugías ambulatorias y cirugía de emergencia en el hospital.

Sección 2. Los anesthesiólogos serán médicos autorizados por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico a ejercer su especialidad, ser miembro de la facultad médica del hospital, y que cumplan con los requisitos contenidos en este Reglamento. La evidencia de estos requisitos estará documentada en el expediente de cada anesthesiólogo.

Sección 3. Los deberes y responsabilidades de los anesthesiólogos estarán definidos por escrito y formarán parte del expediente de credenciales.

Sección 4. Si la organización ofrece residencia de anesthesiología, los residentes estarán bajo la supervisión de un anesthesiólogo y se regirá por las normas de educación médica.

Artículo 4. Personal Profesional y Técnico

Sección 1. La organización contará con un personal profesional y técnico cualificado asignado al servicio de anestesia y para cubrir el funcionamiento de sala de operaciones y recuperación de acuerdo a las necesidades del servicio.

Sección 2. La organización contará con el personal de supervisión de enfermería necesaria para cubrir el servicio de anestesia, sala de operaciones y sala de recuperación.

Sección 3. Enfermeras(os) Anestesisistas

a) El servicio de anestesia mantendrá un número adecuado de personal de enfermería profesional de anestesia para garantizar la atención óptima del paciente de acuerdo a las necesidades del servicio, los turnos de trabajo y el número de salas de operaciones funcionales en las facilidades.

b) Todo anestesista que labore en la facilidad estará autorizado y cualificado para ejercer en Puerto Rico cumpliendo con los requisitos de la Junta Examinadora de Enfermeras de Puerto Rico.

c) El personal de enfermería anestesista estarán bajo la supervisión de una(o)

enfermera(o) anestesista con experiencia en la supervisión de personal.

- d) Si la organización ofrece sus facilidades como taller de adiestramiento de enfermeras anestesistas los estudiantes estarán bajo la supervisión del servicio de anestesia.

Artículo 5. Personal de enfermería profesional y práctica

Sección 1. La organización contará con un número adecuado de enfermeras para ofrecer un cuidado de calidad a los pacientes, de acuerdo a la complejidad y el volumen de servicio.

Sección 2. El personal de enfermería graduada y práctica cumplirá con los requisitos para ejercer la profesión de acuerdo a lo establecido en este Reglamento.

Sección 3. El personal de enfermería graduado asignado a la sala de recuperación contará con adiestramiento adicional en cuidado básico post-anestesia de los pacientes o curso de intensivo y telemetría.

Sección 4. El personal de enfermería práctica cumplirá con los requisitos de la práctica de enfermería en Puerto Rico.

Sección 5. El servicio de enfermería estará supervisado por una(o) enfermera(o) generalista con experiencia en sala de operaciones.

Sección 6. Deberá tener experiencia en sala de operaciones, supervisión y administración de personal.

Artículo 6. Personal técnico y de apoyo

Sección 1. Técnicos médico-quirúrgicos

a) El hospital asignará el número necesario de técnicos quirúrgicos para cubrir la necesidad del servicio de la Sala de Operaciones.

b) El personal técnicos médicos-quirúrgicos cumplirán con los requisitos de preparación académica y adiestramientos requeridos por la institución hospitalaria.

Sección 2. Servicio de apoyo

El hospital proveerá servicios de apoyo para la asistencia del departamento o servicio de anestesia, sala de operaciones y sala de recuperación en las áreas de servicio doméstico, servicio de escolta, servicios de reparación y mantenimiento.

Artículo 7. Manual de normas y procedimientos

Sección 1. El servicio contará con un manual de normas y procedimientos que regirá la operación y el funcionamiento del departamento de anestesia, sala de operaciones y recuperación elaborada por el director médico de anestesia.

Sección 2. El manual de normas y procedimiento será preparado colaboración del director médico de cirugía, supervisor de anestesia y supervisor de enfermería.

Sección 3. El Manual de normas y procedimientos se elaborará de acuerdo a la organización de los servicios de anestesia, sala de operaciones y sala de recuperación, podrá ser un manual único en el que se incorporen las normas y procedimientos de estas tres áreas o elaborar uno separado para cada área o un manual por separado para cada área.

Sección 4. Las normas y procedimientos serán aprobados por el presidente de la facultad

médica, director médico y la Autoridad Ejecutiva de la Organización.

Sección 5. Las normas y procedimientos serán revisados por lo menos cada dos (2) años a partir de su aprobación.

Sección 6. Las normas y procedimientos deberán incluir:

- a) Visión, misión y filosofía del departamento o servicio
- b) Metas y objetivos
- c) Alcance de los servicios a ofrecerse.
- d) Esquema organizacional
- e) Funciones del personal profesional y técnico
- f) Programa de orientación inicial
- g) Descripción de la planta física e identificación de las salas
- h) Descripción de los procedimientos más comunes realizados
- i) Tipos de anestesia
- j) Sedación consciente
- k) Tipos de procedimientos quirúrgicos
- l) Evaluación pre-anestesia y pre-inducción
- m) Cuidado durante la administración de anestesia y post anestesia de acuerdo al tipo de anestesia utilizada
- n) Evaluación y cuidado pre-operatorio, intra-operatorio y post-operatorio
- o) Estimado de pacientes
- p) Permiso operatorio
- q) Directrices adelantadas
- r) Consentimiento informado
- s) Medidas de control de infecciones para los pacientes y el personal
- t) Medidas de seguridad y manejo de riesgo para los pacientes y para el personal
- u) Utilización de sangre y derivados. Revisión de reacciones adversas
- v) Función de servicio en casos de desastre y emergencias
- w) Manejo y control de medicamentos, uso de antibióticos y manejo de sustancias controladas
- x) Errores de medicamentos y reacción adversas
- y) Plan para el mantenimiento preventivo e inspecciones rutinarias del equipo
- z) Proceso de esterilización y desinfección de materiales y equipo

- aa) Requisición y almacenamiento de materiales médico-quirúrgico
- bb) Documentación del expediente de salud del paciente
- cc) Traslado del paciente a la sala de recuperación
- dd) Normas de admisión y alta de sala de recuperación
- ee) Protocolos clínicos
- ff) Plan de trabajo y programación de casos
- gg) Reuniones
- hh) Adiestramiento en servicio
- ii) Normas para el funcionamiento de la sala de operaciones y sala de recuperación
- jj) Comités de trabajo
- kk) Cancelación de casos programados
- ll) Disposición de tejidos, órganos y cadáveres
- mm) Informes estadísticos
- nn) Evaluación del cuidado médico ofrecido
- oo) Otros según sea requerido

Sección 7. El establecimiento de los protocolos para el manejo de los pacientes incluirá, pero no se limitará a:

- a) Protocolos de cirugías electivas
- b) Protocolos de cirugías de emergencias
- c) Protocolos de cirugía ambulatorias
- d) Protocolo sobre la administración de anestesia
- e) Protocolo para el manejo de hipertermia maligna
- f) Protocolo para el manejo de pacientes con sedación consciente
- g) Protocolo para la restricción de pacientes
- h) Protocolo para el manejo de dolor de cabeza post-espinal
- i) Protocolo para el manejo agudo del dolor en adultos y en niños
- j) Protocolo para el manejo de complicaciones y su tratamiento en casos de emergencia
- k) Protocolo para el manejo de entubación en las salas generales y sala de emergencia
- l) Protocolo para la admisión y alta de pacientes de sala de recuperación

- m) Protocolo a seguir con pacientes de sala de recuperación
- n) Protocolo a seguir con pacientes que no requieren el servicio de recuperación
- o) Protocolo para el uso de fármacos
- p) Protocolos de transfusiones de sangre en sala de operaciones
- q) Protocolo de no resucitar
- r) Protocolo para el manejo del paciente moribundo
- s) Protocolo para el manejo del cadáver del paciente que muere en sala de operaciones
- t) Protocolos de evaluación médica para pre anestesia, inducción y pre operatoria inmediata

Artículo 8. Facilidades Físicas

Sección 1. La Organización contará con las facilidades y equipo que permitan el proveer servicios de anestesia que satisfagan los criterios vigentes de mejoramiento de calidad y manejo de riesgo a todas las dependencias de la Facilidad en que este servicio sea necesario.

Sección 2. La planta física y el equipo a usarse en todas las áreas en que se requiere el servicio de anestesia cumplirán con las guías de Diseño y Construcción de Hospitales y Facilidades de Salud vigentes en Puerto Rico y las que pueda establecer el organismo rector de la práctica de anestesia.

Sección 3. La Organización contará con el número adecuado de salas de operaciones debidamente equipadas de acuerdo al volumen y complejidad de los servicios.

Sección 4. Las salas de operaciones y sala de recuperación estarán disponible veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

Sección 5. Las salas de operaciones proveerán para ofrecer los servicios quirúrgicos de cirugía y sub-especialidades, obstetricia y ginecología.

Sección 6. La Organización contará con las facilidades físicas y el equipo que permitan el proveer servicios de anestesia que satisfagan los criterios vigentes de calidad y manejo de riesgo a todas las dependencias de la facilidad en que este servicio sea necesario.

Sección 7. Se mantendrá en todo momento equipo y suministros de emergencia como: carro de paro cardíaco con desfibrilador, monitor cardíaco, medicamentos, oxígeno y cualquier otro equipo que se estime necesario para la seguridad del paciente.

Artículo 9. Evaluación del Servicio

Sección 1. El servicio ofrecido al paciente será evaluado de acuerdo al proceso establecido en la Organización.

Sección 2. El Director del Departamento de Anestesia será responsable de la evaluación de delegadas por la Facultad Médica.

Sección 3. El proceso de evaluación de calidad de los servicios será realizado en coordinación con el Programa de Mejoramiento de la Organización.

Sección 4. Todas las evaluaciones realizadas serán reportadas al Programa de Calidad de la Organización, según establecido en el plan de evaluación de calidad anual.

Sección 5. Se llevará evidencia de las evaluaciones realizadas por el Departamento y éstas estarán accesibles a los inspectores de la Secretaría durante la inspección.

Artículo 10. Expediente de Salud del Paciente

Sección 1. Se mantendrá un expediente de salud para cada paciente en el que se incluya toda la información relacionada con el servicio ofrecido sobre la anestesia y la intervención quirúrgica realizada al paciente.

Sección 2. Las anotaciones escritas reflejarán la evaluación y el cuidado ofrecido en antes de la anestesia, durante la cirugía, luego de la cirugía y visita luego de la anestesia.

Sección 3. La documentación, manejo y seguridad del expediente de salud cumplirá con todas las regulaciones de la Administración de Información de Salud.

Artículo 11. Programa Educativo

Sección 1. Se desarrollará un programa educativo para la orientación y adiestramiento en servicio para el personal sobre tópicos relevantes a los servicios, incluyendo normas de seguridad y para el control de infecciones.

Sección 2. Al personal de sala de recuperación se educará sobre Puntuación *Aldrette* y complicaciones post quirúrgicas, síntomas y manejo. Posteriormente, se le ofrecerá cada dos (2) años el tema.

Sección 3. El programa incluirá actividades de orientación al personal nuevo.

Artículo 12. Reuniones del Servicio

Sección 1. El personal del departamento o servicio de anestesia, sala de operaciones y recuperación realizará por lo menos una reunión bimensual en la que se considere, entre otros asuntos, la evaluación de los servicios.

Sección 2. Se mantendrán actas sobre el desarrollo de cada reunión, cumplimentándose con un registro de asistencia.

Artículo 13. Normas de Seguridad del Ambiente y del Cuidado del Paciente

Sección 1. El Director del Departamento desarrollará normas de seguridad que provean controles para prevenir o minimizar los eventos no deseados o accidentes en pacientes y personal.

Sección 2. Las normas serán aprobadas por la Facultad Médica y la Autoridad Ejecutiva de la Organización.

Sección 3. Las normas de seguridad del ambiente y seguridad en el cuidado del paciente incluirán:

- a) Inspección diaria del equipo y máquinas de anestesia, incluyendo inspección previa a la administración de agentes anestésicos en cada caso
- b) Mantenimiento preventivo y reparación del equipo médico y equipo de planta física
- c) Inspección de los sistemas eléctricos
- d) Revisión del sistema de gases médicos, específicamente oxígeno y óxido nítrico
- e) Revisión del analizador de oxígeno

- f) Manejo seguro del paciente durante y luego del período de anestesia
- g) Revisión de carro de paro
- h) Informes de accidentes relacionados con el paciente y el personal
- i) Desalojo de pacientes en sala de operaciones
- j) Rotulación adecuada del área
- k) Manejo y almacenamiento de agentes anestésicos combustibles y no combustibles
- l) Sistema de acondicionamiento de aire
- m) Control y registro de temperatura, humedad y conductividad
- n) Control de acceso y de circulación de personas dentro de las facilidades de sala de operaciones, sala de recuperaciones, sala de preparación del paciente
- o) Claves de emergencia según Protocolo Universal⁵²
- p) Uso apropiado de ropa y accesorios
- q) Medidas de seguridad radiológicas
- r) Manejo de desperdicios biomédicos
- s) Plan de desastre
- t) Medidas de seguridad en procedimiento de láser
- u) Otros aspectos de seguridad que sean requeridos o identificados.

Artículo 14. Identificación de Pacientes

- Sección 1.** La Organización establecerá Normas y Procedimientos para identificar al paciente antes de comenzar la inducción de la anestesia.⁵³
- Sección 2.** Se requerirá el uso de dos identificadores para cada paciente como mecanismo para prevenir errores.
- Sección 3.** Se establecerán Normas y Procedimientos para evitar cirugías equivocadas o en pacientes equivocados.
- Sección 4.** La Organización se asegurará que para todo procedimiento invasivo se haya llevado a cabo y completado el Protocolo Universal para obtener un impacto positivo en el mejoramiento del cuidado del paciente y prevención de eventos no esperados. El procedimiento Universal para la eliminación de riesgos durante procedimientos invasivos incluirá:
- a) Verificación del proceso quirúrgico y requisitos preoperatorios.
 - b) Verificación, identificación y marca del área quirúrgica.
 - c) Clarificación de dudas, discrepancias o preocupaciones relacionadas con el procedimiento.

⁵²Ley Núm. 170 del 2011: Ley para Establecer los Códigos Protocolares Universal para la Atención de Emergencias en las Facilidades de Salud Públicas y Privadas

⁵³JCI, 2014 (NPSG)

d) Validación del procedimiento, que incluyarevisión de todos los requisitos del procedimiento invasivo durante el tiempo de espera o *Time out* preoperatorio. Esto deberá incluir validación de laboratorios, documentos de consentimiento, evaluación de autorización, identificación anatomía del lugar de procedimiento, clarificación de dudas, discrepancias o preocupaciones.

Sección 5. La Organización será responsable de establecer políticas que garanticen que ningún procedimiento quirúrgico comenzará mientras exista alguna duda o preocupación y que la misma no haya sido resuelta o clarificada.

Sección 6. La Organización garantizará que en todo momento el paciente debe ser participe de este proceso.

Artículo 15. Cuidado del Paciente Post-anestesia

Sección 1. El cuidado post-anestesia será responsabilidad del servicio de anestesiología.

Sección 2. El alta del paciente de la sala de recuperación será realizada por el anestesiólogo.

Sección 3. La respuesta de este cuidado será documentada en el expediente de salud del paciente.

Artículo 16. Procedimientos Especiales

Sección 1. El Departamento de Anestesia será responsable del cuidado a los pacientes que se le administre anestesia, fuera de sala de operaciones.

Sección 2. Se les proveerá a estos pacientes el mismo nivel de cuidado que se ofrece en la Sala de Operaciones y Sala de Recuperación.

Sección 3. La Organizacióndeterminará las áreas destinadas para realizar procedimientos invasivos fuera de la Sala de Operaciones.

Sección 4. El Departamento de Anestesia preparará y mantendrá actualizado un protocolo para el manejo de los pacientes, antes, durante y después de los procedimientos invasivos.

Sección 5. Se obtendrá un consentimiento informado del paciente que indicará los riesgos, beneficios y opciones del procedimiento, los anestésicos a usarse y las posibles complicaciones.

Sección 6. El expediente de salud deberá cumplir con todos los requisito de documentación, manejo y seguridad de la Administración de Información de Salud.

CAPÍTULO XVII

SERVICIOS DE CLÍNICAS EXTERNAS

La Organización podrá organizar servicios ambulatorios para aquellos pacientes que por su condición clínica no ameritan estar reclusos en el hospital y que esté de acuerdo a las necesidades de la comunidad y de laFacilidad.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El servicio de clínicas externas estará organizado y dirigido por médico autorizado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico para ejercer la práctica médica en Puerto Rico u otro profesional de la salud debidamente calificado.

Sección 2. El mecanismo directivo estará definido claramente en el Manual de Normas y Procedimientos.

Artículo 2. Personal

Sección 1. Médicos

- a) La Facultad determinará la cantidad de médicos requeridos para prestar el servicio según la complejidad de los mismos.
 - b) Los facultativos de clínicas externas cumplirán con los requisitos establecidos por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, Facultad médica del hospital y en cumplimiento con este Reglamento.
- Sección 2. Enfermería
- a) El personal de enfermería profesional y práctica será a base de la complejidad de servicios y clientela a atender.
 - b) Las funciones estarán establecidas en el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio.

Artículo 3. Manual de Normas y Procedimientos

- a) El director del servicio preparará un Manual de Normas y Procedimientos, el cual será aprobado por el Director Ejecutivo y el Director Médico
- b) El Manual de Normas y Procedimientos de los servicios de clínicas externas será revisado por lo menos cada dos (2) años o según los cambios en la práctica médica temporánea
- c) El Manual de Normas y Procedimientos de los servicios de clínicas externas contendrá, pero no se limitará a:
 1. Objetivos y ámbito de servicio
 2. Organización
 3. Descripción de los derechos del paciente
 4. Sistema de programación de citas
 5. Expediente de salud
 6. Consentimiento informado
 7. Tratamientos permitidos y no permitidos y los profesionales de la salud que los pueden realizar
 8. Cirugías ambulatorias permitidas y el empleo de agentes anestésicos
 9. Servicios médicos a menores de edad e incapacitados
 10. Políticas de control de infecciones
 11. Medidas de seguridad, incluyendo la función del servicio en plan general de desastre de la Facultad
 12. Utilización de procedimientos rutinarios

13. Evaluación de los servicios médicos ofrecidos
14. Normas aplicables al empleo de agentes anestésicos en el servicio
15. Manejo víctimas de maltrato, abuso o negligencia, víctimas de violación incluyendo los criterios de identificación
16. Educación a pacientes /familia
17. Mecanismos para comunicarse con el paciente en casos de ausencias a citas y resultados de pruebas diagnósticas que requieren reevaluación o tratamiento especial
18. Despacho de medicamentos, límites y controles.
19. Mecanismos para asegurar atención pronta y adecuada en casos de emergencia clínicas
20. Procedimientos diagnósticos invasivos y/o quirúrgicos

Artículo 4. Planta Física

- Sección 1. La Organización garantizará que la planta física para las facilidades ambulatorias estará localizada en un lugar accesible a todos los pacientes.
- Sección 2. La planta física cumplirá con todos los requisitos establecidos en las Guías de Construcción para Hospitales y otras Facilidades de Salud y Códigos de Seguridad de Vida.
- Sección 3. Los servicios ambulatorios contarán con equipo adecuado de acuerdo a los servicios ofrecidos, características de los pacientes y manejo de condiciones.

Artículo 5. Expedientes de Salud

- Sección 1. Se le preparará un expediente de salud a todo paciente que sea atendido en el servicio ambulatorio.
- Sección 2. El expediente de salud de los servicios ambulatorios recibido por el paciente será incorporado al sistema de información de pacientes.
- Sección 3. El expediente de salud debe incluir documentación completa, clara, exacta y evidenciará la evolución de la condición del paciente, y las reacciones a su tratamiento.
- Sección 4. Se requerirá que el expediente de salud de los servicios ambulatorios recibido por el paciente incluya los datos de identificación del paciente, consentimiento informado, historial; examen físico; resultados de pruebas y procedimientos; diagnóstico tentativo; tratamiento; notas clínicas u observaciones de cada visita; y disposición del caso, educación e instrucciones al paciente y listado de problemas.
- Sección 5. El listado de problemas se iniciará en o antes de la tercera visita del paciente. Estará actualizado de acuerdo a los cambios observados en el paciente. Los datos a documentarse son los siguientes: diagnóstico, procedimientos relevantes; medicamentos en uso; alergias; inmunizaciones, reacciones adversas a medicamentos o alimentos.
- Sección 6. Las notas de evaluación o seguimiento deberán incluir: fecha y hora; nota narrativa que indique los problemas del paciente y cualquier cambio en la condición; resultados del tratamiento; firma ya sea manual o electrónica, título del profesional y licencia que documenta el servicio.

- Sección 7. La Organización mantendrá un expediente de salud único para cada paciente en el servicio.
- Sección 8. Paciente que han recibido servicios hospitalarios o atendidos en sala de emergencia, se mantendrá un sólo expediente.
- Sección 9. El expediente de salud contendrá aquellos aspectos descritos en el capítulo de expedientes clínicos en este Reglamento.
- Sección 10. Se le aplicarán las mismas medidas de control y seguridad, normas de documentación que la expediente de pacientes hospitalizado.

Artículo 6. Procedimiento para la Toma de Muestras

- Sección 1. El procedimiento para la toma de muestras de sangre en el servicio ambulatorio, estará claramente establecido en el Manual de Normas y Procedimientos del servicio.
- Sección 2. La Organización garantizará que la muestra tomada cumpla con todas las normas establecidas en el reglamento de la Ley de Laboratorios de Análisis Clínico⁵⁴ relacionado con la toma de muestras.

Artículo 7. Procedimientos Permitidos y No Permitidos en el Servicio

- Sección 1. La Organización definirá por escrito los procedimientos permitidos en los servicios ambulatorios, incluyendo el empleo de anestésicos y sedación intravenosa.
- Sección 2. Cuando se realiza algún tipo de cirugía menor ambulatoria el Manual de Procedimiento definirá el manejo de cualquier complicación.

CAPÍTULO XVIII

SERVICIO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA

La organización de servicios de salud garantizará que los servicios de radiología diagnóstica estén disponibles para facilitar un rápido diagnóstico sobre causa de síntomas presentados por el paciente, y monitorear la efectividad en la respuesta de tratamientos ofrecidos al paciente.⁵⁵

Artículo 1. Organización

- Sección 1. La Organización de salud establecerá un departamento o servicio radiológico de acuerdo a las necesidades del paciente y la Facultad Médica.
- Sección 2. El servicio de radiología estará localizado en un lugar fácilmente accesible a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la sala de emergencia.
- Sección 3. Los servicios de radiología se ofrecerán según el ámbito y el alcance del servicio siguiendo lo estipulado por el gobierno del hospital, por la facultad médica y de acuerdo a la acción autorizada por el Departamento de Salud en el Certificado de Necesidad y Conveniencia.
- Sección 4. La Organización podrá ofrecer mediante contrato servicios para pruebas y estudios radiológicos que no se proveen en las facilidades del departamento o servicio de radiología de la Facultad.
- Sección 5. La contratación de estos servicios con entidades externas debe incluir los

⁵⁴Ley Número 97 del 25 de junio de 1962, según enmendada

⁵⁵ JCI, 2014 (AOP)

mecanismos para garantizar los derechos y seguridad de los pacientes, los mecanismos para la vigilancia y evaluación de calidad de los servicios, los mecanismos para asegurar que el paciente recibirá servicios de médicos y de técnicos cualificados de acuerdo a los requisitos de cada profesión y cualquier otro aspecto que sea identificado o requerido por las agencias reguladoras.

Artículo 2.

Dirección y Médicos Radiólogos

Sección 1. El Departamento o servicio estará dirigido por un médico radiólogo miembro de la Facultad Médica de la Organización. En ausencia del director tiene que asignarse un director alerno o interino para la dirección médica de los servicios.

Sección 2. El Departamento tendrá los médicos radiólogos necesarios para cubrir el servicio de radiología a los pacientes usuarios del Hospital, de acuerdo al alcance y complejidad de los servicios que se ofrecen en la Organización.

Sección 3. La Organización contará con radiólogos asignados físicamente para atender el turno de trabajo durante las horas laborables de acuerdo a las necesidades y volumen del servicio. En los turnos de guardia los radiólogos estarán disponibles para atender las emergencias radiológicas que establezca la Facultad Médica de cada Hospital.

Sección 4. Se mantendrá un expediente para cada radiólogo conteniendo evidencia de todos los requisitos que establece el Reglamento de la Facultad Médica de la Organización en cumplimiento con lo establecido en este Reglamento.

Sección 5. Los deberes y responsabilidades del director y de los radiólogos del Hospital estarán establecidos en la descripción de funciones delegadas a estos y en el Manual de Normas y Procedimientos de radiología.

Artículo 3.

Tecnólogos Radiológicos

Sección 1. El servicio estará supervisado por un tecnólogo radiológico con experiencia y competencia demostrada en supervisión de acuerdo al alcance y complejidad del servicio que se ofrece en la Organización.

Sección 2. El servicio tendrá asignados los tecnólogos radiológicos necesarios para cubrir las veinticuatro (24) horas al día siete (7) días a la semana, incluyendo días feriados.

Sección 3. La programación del trabajo tiene que proveer para la cubierta del servicio durante el tiempo de toma de alimentos del personal para la continuidad del servicio.

Sección 4. Los tecnólogos radiológicos tienen que poseer un mínimo de un grado asociado de una universidad acreditada, licencia vigente de la Junta Examinadora de Técnicos de Radiología de Puerto Rico y mantener vigente el Registro de Profesionales.

Sección 5. La Organización que provean taller de adiestramiento a estudiantes tienen que proveer supervisión directa de un tecnólogo radiológico del hospital y establecer un acuerdo o convenio escrito entre el hospital y la universidad.

Artículo 4.

Facilidades Físicas y Equipo

Sección 1. El Departamento o servicio cumplirá con los requisitos de construcción y seguridad aplicables en este reglamento y a la División de Salud Radiológica del Departamento de Salud.

Sección 2. El servicio contará con el equipo mínimo necesario para cubrir los servicios que se ofrecen en el departamento o servicio de radiología.

Artículo 5.

Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1.

El Director Médico del servicio de radiología desarrollarán Manual de Normas y Procedimientos que será revisado por lo menos cada dos (2) años o de acuerdo a los cambios en la práctica contemporánea de la medicina radiológica.

Sección 2.

Este Manual de Normas y Procedimientos del servicio de radiología incluirá:

- a) Fecha de edición del Manual de Normas y Procedimientos y fechas de revisiones subsiguientes
- b) Nombres y firmas del jefe médico, supervisor técnico, director ejecutivo y director médico
- c) Lista de los procedimientos autorizados a ofrecerse y los no autorizados.
- d) Esquema organizacional del departamento o servicio y su relación con los demás servicios del hospital
- e) Funciones del director médico de radiología y de los radiólogos.
- f) Funciones del supervisor y tecnólogos radiológicos por áreas de servicios
- g) Plan de orientación y adiestramiento en servicio a los empleados
- h) Procedimiento de recibo y manejo del paciente: hospitalizado, paciente críticamente enfermo, paciente en sala de operaciones, paciente en sala de emergencia y pacientes ambulatorios de clínicas externas o de la comunidad.
- i) Política de programación de los servicios
- j) Información requerida en cada solicitud de procedimientos radiológicos o servicios de imagen diagnóstica
- k) Preparación de los pacientes de acuerdo a la orden médica
- l) Transportación o traslado de los pacientes hacia el departamento o servicio de radiología
- m) Manejo de situaciones de emergencia
- n) Premeditación y administración de medicamentos
- o) Administración de contraste intravenoso y medidas ante reacciones al contraste
- p) Orientación del paciente, familiares o tutor
- q) Consentimiento del paciente y autorización de estudios especiales
- r) Manejo de mujeres en edad reproductiva y embarazada
- s) Lectura de procedimientos radiológicos y disponibilidad de resultados
- t) Control y confidencialidad de los resultados
- u) Registro diario de placas
- v) Recopilación e informe de la información sobre casos de defectos congénitos identificados mediante ultrasonografía fetales

- w) Servicio de radiografías en sala de emergencia y sala de operaciones
- x) Emergencias radiológicas establecidas por la Facultad Médica del Hospital
- y) Otorgación de privilegios a médicos no radiólogos para la realización de procedimientos utilizando fluoroscopia
- z) Seguridad y salud ocupacional
- aa) Plan para el manejo de emergencias o desastres internos y externos
- bb) Control de infecciones
- cc) Control de calidad
- dd) Evaluación de la calidad de los servicios prestados
- ee) Archivo y disposición de placas
- ff) Informe de accidentes e incidentes ocurridos a empleados, pacientes o visitantes
- gg) Taller de enseñanza o adiestramiento a estudiantes
- hh) Archivo y disposición de radiografías

Artículo 6. Normas de Salud Radiológica

Sección 1. El servicio de radiología contará con normas de seguridad que permitan un ambiente seguro y libre de riesgos a todos los pacientes, personal y visitantes.

Sección 2. Estas normas incluirá y no se limitará a contener disposiciones para:

- a) Informe de dosimetría de la exposición radiológica de: todos los empleados que laboran dentro de los predios del servicio de radiología, empleados de anestesia y sala de operaciones donde se realizan procedimientos radiológicos
- b) Colimación y calibración de todo el equipo radiográfico
- c) Medida anual de la radiación de cada máquina
- d) Estudio de protección radioactivo incluyendo colimación al instalarse el equipo, se altere o se realocalice el mismo
- e) Revisión de guantes, delantales de plomo y protectores gonadales una vez al año

Artículo 7. Orden médica

Sección 1. Los servicios radiológicos serán ordenados por médicos miembros activos de la Facultad Médica del Hospital.

Sección 2. La orden médica debe contener y no limitarse a la siguiente información:

- a) Identificación del paciente
- b) Datos demográficos
- c) Número del expediente de salud
- d) Diagnóstico del paciente

- e) Procedimiento solicitado
- f) Justificación del servicio
- g) Fecha y hora de la orden
- h) Firma del médico

Artículo 8. Informes de interpretación radiológica

Sección 1. Todo estudio radiológico será interpretado por un radiólogo con adiestramiento apropiado de acuerdo al procedimiento.

Sección 2. Los informes radiológicos incluirán procedimiento realizado, fecha, hora y firma del radiólogo.

Sección 3. La interpretación del radiólogo estará disponible para el médico que ordenó los mismos de acuerdo a la prioridad que requiere el paciente.

Sección 4. Paciente hospitalizado

a) El informe radiológico y la interpretación médica estará archivado en el expediente de salud del paciente dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de completado el estudio radiológico.

b) Se guardará copia de la lectura en el archivo de radiología. Las copias serán firmadas por el radiólogo.

Sección 5. Emergencias

a) Durante horas laborables y días de semana los resultados de procedimientos radiológicos de emergencia deben estar inmediatamente, después de la lectura realizada por el radiólogo

b) Fuera de horas laborables, durante días de semana el informe estará disponible en las primeras horas del próximo día, a excepción de las emergencias radiológicas en que se necesiten los resultados inmediatamente, de acuerdo a los criterios establecidos por la facultad médica

c) Durante los días feriados y fines de semana la interpretación radiológica debe estar en las primeras horas del próximo día laborable, excepto emergencias

d) Fuera de horas laborables, durante los días feriados y fines de semana se proveerá al médico de sala de emergencia la placa para la determinación del diagnóstico preliminar

Sección 6. Pacientes ambulatorios

a) El informe de interpretación radiológica de procedimientos realizados a pacientes de clínicas externas y a otros clientes del hospital, debe estar disponible en un período de tiempo no mayor de setenta y dos (72) horas

b) En circunstancias que el médico necesite los resultados inmediatamente, así lo especificará

Artículo 9. Evaluación del Servicio

Sección 1. El Director del Departamento o servicio de radiología establecerá un plan para evaluar la calidad del servicio ofrecido al paciente.

Sección 2. El plan de evaluación de los servicios radiológicos, formará parte del programa evaluativo de la facilidad

Sección 3. Los resultados de las evaluaciones será discutido en reuniones regulares celebradas por el personal médico y técnico del servicio

Artículo 10. Disposición de las Placas

Sección 1. Las radiografías y copia de los informes radiológicos se guardarán por un período de cinco (5) años a partir de la fecha en que fueron interpretados por el radiólogo

Sección 2. En los casos de pacientes menores de 21 años se conservará hasta que el paciente (menor) cumpla 22 años.

Sección 3. El original del informe radiológico formará parte del expediente de salud del paciente.

CAPÍTULO XIX

SERVICIOS DENTALES

Artículo 1. Organización

Sección 1. La Organización podrá organizar un departamento o servicio dental de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de la Facilidad.

Sección 2. El servicio dental contará con suficiente personal para la atención adecuada de pacientes.

Artículo 2. Dirección

Sección 1. Los servicios dentales estarán dirigidos por un dentista miembro de la facultad, cuya autoridad y funciones estarán claramente establecidas en el manual de normas y procedimientos del servicio.

Artículo 3. Personal Profesional

Sección 1. Dentistas

a) Serán dentistas autorizados a ejercer en Puerto Rico por la Junta Examinadora Dental de Puerto Rico y deberán cumplir con el requisito de colegiación.

b) Serán miembros activos de la facultad y cumplirán con aquellas actividades que se le requieran como miembros de la facultad.

Sección 2. Asistentes Dentales

a) Los asistentes dentales estarán autorizados por la Junta Examinadora Dental de Puerto Rico.

b) Sus funciones estarán establecidas en el Manual de Normas y Procedimientos del servicio y actuarán bajo la supervisión de un dentista autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico.

Artículo 4. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 3. El director del servicio de dental desarrollará un Manual de Normas y Procedimientos que será revisado por lo menos cada dos (2) años o de acuerdo a los cambios en la práctica contemporánea de los servicios dentales.

Sección 4. El Manual de Normas y Procedimientos será aprobado por el Director My por la autoridad ejecutiva de la organización.

Artículo 5. Servicios Dentales a Pacientes Hospitalizados

Sección 1. Los pacientes admitidos a un hospital para tratamiento dental rutinario o especializado, recibirán una evaluación médica igual a los demás pacientes admitidos a otros departamentos o servicios de la organización.

Sección 2. Su historial y examen físico será realizados por un médico o cirujano oral y maxilofacial certificado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico.

Sección 3. El historial y examen físico será de acuerdo a los estándares delineados por el Gobierno y la Facultad Médica de la Organización.

Sección 4. La admisión y la responsabilidad del cuidado médico del paciente durante la hospitalización serán de un médico miembro de la facultad del hospital.

Sección 5. Los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo por dentistas estarán bajo la supervisión general del director de cirugía.

Artículo 6. Expediente de Salud

Sección 1. El expediente de salud del paciente del servicio dental formará parte del expediente único de la facilidad.

Sección 2. Se le aplicarán las mismas medidas de control y seguridad, normas de documentación que la expediente de pacientes hospitalizado.

Artículo 7. Reuniones

Sección 1. El personal del servicio dental se reunirá como mínimo cuatro veces al año para discutir los problemas administrativos del servicio y los resultados de las evaluaciones de calidad.

Sección 2. Se mantendrá un expediente con las actas de las reuniones y el registro de asistencia.

Artículo 11. Evaluación del Servicio

Sección 4. El director del servicio dental establecerá un plan para evaluar la calidad del servicio ofrecido al paciente.

Sección 5. El plan de evaluación de los servicios dentales formará parte del programa evaluativo de la Facilidad.

Sección 6. Los resultados de las evaluaciones será discutido en reuniones regulares celebradas por el personal del servicio.

CAPÍTULO XX

SERVICIO DE MEDICINA Y DE REHABILITACIÓN

Artículo 1. Organización

Sección 1. La Organización de Salud podrá establecer un servicio de medicina física, ocupacional y de rehabilitación de acuerdo a sus necesidades⁵⁶.

⁵⁶ JCI, 2012 (AOP, 1.6).

Sección 2. Cuando no disponga del servicio se establecerá los mecanismos adecuados para referir los pacientes a otra Facilidad o contratar los servicios profesionales de un personal cualificado.

Artículo 2. Dirección

Sección 1. El servicio estará dirigido por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, con adiestramiento formal en una residencia acreditada.

Sección 2. Estará autorizado para ejercer libremente la medicina en Puerto Rico por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico y será miembro activo de la Facultad Médica de la Organización.

Artículo 3. Personal Profesional

Sección 1. El servicio se ofrecerá por terapeutas físicos, ocupacionales especialmente adiestrados y autorizados a ejercer su profesión por la Junta Examinadora de Terapia Física y Terapia Ocupacional de Puerto Rico.

Sección 2. El servicio tendrá supervisores en cada disciplina debidamente licenciados y con un mínimo de tres (3) años de experiencia en el área para poder desempeñarse como supervisor.

Sección 3. Los deberes y competencias estarán claramente establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos del servicio.

Sección 4. Cuando se nombren Asistentes de Terapia Física u Ocupacional, estos deberán tener un grado otorgado por una universidad o una escuela acreditada por el Consejo Superior de Enseñanza de Puerto Rico una licencia otorgada por la Junta Examinadora de Terapia Física y Terapia Ocupacional de Puerto Rico.

Sección 5. Los asistentes trabajarán siempre bajo la supervisión de un terapeuta físico u ocupacional autorizado a ejercer en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Sección 6. Sus deberes y competencias estarán claramente establecidos en el manual de normas y procedimientos del servicio.

Artículo 4. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director del servicio preparará un Manual de Normas y Procedimientos que será revisado por lo menos cada dos (2) años o de acuerdo a los cambios en la práctica contemporánea de la medicina física y rehabilitación.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos estará aprobado por la autoridad ejecutiva de la organización.

Sección 3. El Manual de Normas y Procedimientos incluirá:

- a) Organigrama
- b) Deberes del médico fisiatra (Director Médico del departamento)
- c) Deberes de los terapeutas y asistentes
- d) Procedimiento para admitir pacientes al servicio-criterios de admisión
Procedimiento para el alta del paciente Formatos del expediente
- e) Mantenimiento del equipo
- f) Uso y manejo del ambiente de cuidado

g) Normas sobre seguridad del paciente y empleados

h) Normas para el control de infecciones

i) Formatos de evaluación

j) Normas de reuniones del personal

k) Normas de orientación a empleados nuevos

l) Normas de orientación a empleados nuevos y educación en servicio

Artículo 5. Servicios

Sección 1. Cada servicio tendrá el número adecuado de personal cualificado y estará basado en el tipo de pacientes tratados, la frecuencia, duración y complejidad de tratamiento requerido.

Sección 2. El servicio deberá que ser provisto de acuerdo a un plan de tratamiento escrito establecido por un fisiatra.

Artículo 6. Planta Física

Sección 1. El servicio cumplirá con las normas mínimas para la construcción y equipo de Facilidades de salud aplicables en Puerto Rico.

Sección 2. El servicio de medicina física y rehabilitación estará localizado en un área de fácil acceso alpaciente hospitalizado y ambulatorio y libre de barreras arquitectónicas.

Sección 3. Tendrá un área de espera cómoda que pueda alojar pacientes en camillas y sillas de ruedas o tener área alterna donde se puedan ubicar estos pacientes para entrevistas y cubículos de tratamiento con privacidad.

Sección 4. Plan de seguridad: El director del servicio desarrollará un plan de seguridad que incluirá manejo de desastres y educación al personal sobre seguridad del paciente y empleados, manejo y prevención de incendio, plan de mantenimiento preventivo del equipo.

Artículo 7. Expediente de Salud

Sección 1. Se mantendrá un expediente de salud de cada paciente evaluado y tratado que cumpla con la reglamentación en la Administración de los servicios de información de salud de este Reglamento.

Sección 2. El expediente de salud de los pacientes de medicina física y rehabilitación en su totalidad formará parte del expediente del paciente hospitalizado.

Sección 3. El director de servicio establecerá normas para la protección de cualquier otro documento desarrollado y utilizado para evidenciar el tratamiento al paciente.

Artículo 8. Reuniones

Sección 1. El personal del servicio se reunirá como mínimo cuatro veces al año para discutir los asuntos administrativos y los resultados de las evaluaciones del servicio.

Sección 2. Se mantendrá un expediente con las actas de las reuniones y el registro de asistencia.

Artículo 12. Evaluación del Servicio

- Sección 1. El director del servicio de medicina física y rehabilitación establecerá un plan para evaluar la calidad del servicio ofrecido al paciente.
- Sección 2. El plan de evaluación de los servicios formará parte del programa evaluativo de la Facultad.
- Sección 3. Los resultados de las evaluaciones será discutido en reuniones regulares celebradas por el personal del servicio.

CAPÍTULO XXI

SERVICIOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

PATOLOGÍA ANATÓMICA Y BANCO DE SANGRE

Artículo 1. Organización

- Sección 1. La Organización ofrecerá a sus pacientes los servicios de laboratorio de análisis clínico, laboratorio de patología anatómica y banco de sangre, mediante orden médica directa.
- Sección 2. Estos servicios se ofrecerán en la Facultad Hospitalaria, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.
- Sección 3. Todo servicio de laboratorio ofrecido en la Organización deberá estar único y exclusivamente bajo la supervisión del personal profesional del laboratorio y realizado por personal autorizado.

Artículo 2. Dirección

- Sección 1. El Director de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Patología Anatómica y Banco de Sangre poseerá un grado de Bachillerato en Tecnología Médica de una institución autorizada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico y acreditada por la *National Accreditation Agency of Clinical Laboratory Sciences*.⁵⁷
- Sección 2. El Director de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Patología Anatómica y Banco de Sangre será responsable de la planificación, dirección, organice y evaluación de los servicios ofrecidos y responderá al principal oficial de administración de la Organización.

Artículo 3. Cumplimiento con las Leyes y Reglamentos Estatales y Federales

- Sección 1. La Facultad vendrá obligada a cumplir con los requisitos establecidos en la Ley para operación de laboratorios clínicos, patológicos y bancos de sangre⁵⁸ según enmendada y su reglamento.
- Sección 2. La Organización garantizará que sus servicios cumplan con las regulaciones de CLIA⁵⁹ para el procesamiento de muestras y especímenes humanos para el diagnóstico, prevenir y manejo de enfermedades.

Artículo 4. Servicios Contratados

- Sección 1. Todo laboratorio o banco de sangre que rinda servicios mediante contrato a una facultad hospitalaria deberá estar debidamente licenciado por el Departamento de Salud.

⁵⁷NAACLS: National Accreditation Agency of Clinical Laboratory Sciences
⁵⁸Ley Núm. 97 del 25 de junio de 1962

⁵⁹Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA)

Sección 2. La Organización será responsable de la calidad de las muestras referente a toma de muestra, preservación de la muestra y requisitos de envío al laboratorio contratado.

Sección 3. La Organización que provean todos o algunos de los servicios de laboratorios o banco de sangre a sus pacientes mediante contrato con otra facilidad, establecerán por escrito el tiempo de disponibilidad de resultados, los requisitos de toma de muestra y la transportación de la misma.

Sección 4. La Organización establecerá en el contrato entre otras cosas:

- a) La vigencia de contrato y cláusula de terminación
- b) Procedimiento de recogido de muestras
- c) Procedimiento de traslados y manejo de muestras
- d) Metodología de entrega de resultados
- e) Guía de manejo de muestras de emergencia
- f) Obligación contractual del cumplimiento con las leyes federales y estatales de calidad.
- g) Cláusula de confidencialidad de la información de cada paciente.

Artículo 5. Licencias

Sección 1. Ninguna entidad, ya sea natural o jurídica, podrá establecer y operar en Puerto Rico un Laboratorio Clínico, Laboratorio de Patología Anatómica y/o Banco de Sangre sin que obtenga previamente una licencia expedida por el Departamento de Salud de Puerto Rico conforme a la Ley Número 97 del 25 de junio de 1962, según enmendada y su reglamento.

Artículo 6. Personal

Sección 1. Todo servicio de laboratorio ofrecido en la Facilidad deberá estar bajo la dirección y supervisión de personal cualificado⁶⁰.

Sección 2. Todos los análisis clínicos deberán ser practicados y realizados directa, única y exclusivamente por personal autorizado⁶¹.

Artículo 7. Programa de Proficiencia

Sección 1. Todo laboratorio o banco de sangre que procese o efectúe cualquier análisis clínico deberá participar satisfactoriamente en el Programa de Proficiencia del Departamento de Salud de Puerto Rico para todas las especialidades, sub-especialidades y pruebas para las cuales esté certificado.

Artículo 8. Manejo de Pruebas

Sección 1. Todo laboratorio deberá tener un sistema que provea para la preparación del paciente, colección, identificación, preservación, transportación y procedimientos de las muestras e informes de los resultados.

Sección 2. El sistema asegurará la integridad óptima y confidencialidad de la muestra del paciente y la identificación positiva y exacta a través del proceso total de la prueba.

⁶⁰Reglamento Número 92 de 5 de febrero de 1999 de la Ley Núm. 97 de 25 de junio de 1962

⁶¹Reglamento Número 92 de 5 de febrero de 1999 de la Ley Núm. 97 de 25 de junio de 1962

Artículo 9. Control de Calidad

- Sección 1. Todo laboratorio establecerá y seguirá un Programa de Control de Calidad que vigile y evalúe la exactitud y precisión en la fase pre-analítica, analítica y post-analítica de la prueba.
- Sección 2. El programa de control de calidad asegurará que todos los informes y reportes de resultados sean clínicamente útiles para la evaluación, diagnóstico o tratamiento del paciente.

Artículo 10. Mejoramiento de la Calidad

- Sección 1. Todos los laboratorios establecerán y seguirán las normas y procedimientos del programa de mejoramiento de la calidad comprensivo diseñado para vigilar, evaluar y verificar continuamente la calidad en todas las fases del procesamiento de las pruebas (pre-analítica, analítica y post-analítica).
- Sección 2. El programa de mejoramiento de la calidad evaluará la efectividad de las normas y procedimientos, identificarán problemas, asegurará la exactitud y confiabilidad así como la entrega rápida de los resultados de las pruebas.
- Sección 3. Los laboratorios revisarán la política, normas y procedimientos utilizando como base los resultados de las pruebas obtenidos de estas evaluaciones.
- Sección 4. El laboratorio deberá asegurar la efectividad de las acciones correctivas tomadas cuando se detecten o identifiquen problemas que puedan afectar la calidad en el servicio.
- Sección 5. Todas las actividades relacionadas a las evaluaciones según el Programa de Mejoramiento de la Calidad deberán estar documentadas.

Artículo 11. Expediente

- Sección 1. El laboratorio mantendrá en expediente y tendrá disponible toda la documentación inherente al proceso del análisis clínico.

CAPÍTULO XXII

SALAS DE EMERGENCIA

Toda organización de salud con servicios de hospitalización contará con los servicios de una sala de emergencia que cubra las necesidades de la población que acude a sus facilidades a buscar atención y cuidado de emergencia⁶².

Artículo 1. Organización

- Sección 1. La Sala de Emergencia estará organizada de acuerdo al nivel de prestación de servicios en que ha sido clasificada dentro del sistema de salud público como privado de Puerto Rico.
- Sección 2. El alcance y complejidad del servicio de emergencia que se ofrece en la Facilidad estará claramente establecido por el gobierno del hospital en sus políticas organizacionales.
- Sección 3. La Organización establece por escrito en los Manuales de Normas y Procedimientos de la Facilidad, el alcance de los servicios de Sala de Emergencia y garantizará que el mismo este contenido en la información de orientación al público y a los pacientes.

⁶² JCI, 2014 (EM 01)

Sección 4. La relación de la Sala de Emergencia con los demás departamentos y servicios de la Facilidad, estará establecida en el esquema organizacional y en las normas y procedimientos del servicio.

Sección 5. El servicio de Sala de Emergencia de adultos y pediátricas estará disponible veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días al año.

Sección 6. La Sala de Emergencia será operada en cumplimiento con las disposiciones de la Ley Número 35 del 28 de junio de 1994 que dispone que en todo hospital, público o privado, donde haya una sala de emergencia, salas de urgencia o de estabilización se preste atención médica a toda persona que esté sufriendo una condición de emergencia médica y a toda mujer que esté de parto, independientemente de que dichas personas puedan pagar por los servicios médicos y requiere que se coloque en las mismas, en un lugar visible, un cartel que alerte al público sobre los derechos y garantías que le cobijan bajo esta Ley.

Sección 7. La Organización garantizará el acceso público a los servicios de emergencia sin importar su capacidad de pago del paciente en cumpla con los requisitos EMTALA⁶³.

Sección 8. Los hospitales que tengan salas de emergencias pediátricas o presten algún servicio a pacientes pediátricos cumplirán con los estándares de cuidado y requisitos de la Academia Americana de Pediatría.

Sección 9. Los internos y residentes podrán realizar labores en la Sala de Emergencia bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades bajo adiestramiento.

Artículo 2. Clasificación de las Salas de emergencias

Sección 1. Las salas de emergencias se clasificarán en niveles de servicios de acuerdo a la complejidad del cuidado de salud a ofrecer, de las facilidades físicas, equipo, servicios de apoyo y recursos humanos disponibles.

Sección 2. Sala de Emergencia de Nivel II-Nivel Secundario

a) Las salas de emergencia de Nivel II estarán ubicadas en facilidades hospitalarias para el manejo de condiciones de salud que no requieran de sub-especialidades, ni de unidades de apoyo especializadas.

b) Las salas de emergencia de Nivel II estarán preparadas para ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento de condiciones de emergencia que requieran de la consulta y/o manejo de médicos especialistas en medicina interna, cirugía general, pediatría, obstetricia y ginecología, anestesia y de pruebas diagnósticas de radiología y laboratorio clínico, cuidado especializado, como cuidado de intensivo médico-quirúrgico, neonatal o psiquiátrico, serán referidos a los hospitales de un nivel superior.

c) Las salas de emergencia de Nivel II funcionarán en un horario de 24 horas al día los 365 días al año.

Sección 3. Sala de Emergencia de Nivel III-Nivel Terciario

a) Las salas de emergencia de Nivel III estarán ubicadas en hospitales terciarios que cuenten con el personal, facultad médica, facilidades físicas, servicios de apoyo, pruebas diagnósticas de laboratorio especiales, pruebas radiológicas y de imágenes para el manejo de condiciones de emergencia que requieran atención médica especializada y sub-especializada en áreas como: medicina

⁶³ EMTALA: Emergency Treatment and Labor Act, 1989

interna y sus subespecialidades, cirugía y sus subespecialidades.

- b) Los servicios que se ofrezcan en las salas de emergencia de Nivel III tendrán que contar con los servicios de apoyo de unidades de intensivos.
- c) Los pacientes que requieran servicios para la atención de condiciones de emergencia de neurocirugía, cirugía cardiovascular, quemaduras, trauma, salud mental, cirugía plástica y descomprensión serán referidos a facilidades que cuenten con servicios médicos, equipo, facilidades físicas, servicios de radiología, centro de imágenes, laboratorios especializados y unidades de intensivo de mayor complejidad.
- d) Las salas de emergencia de Nivel III funcionarán en un horario de veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

Sección 4. Sala de Emergencia de Nivel IV- Nivel Supra terciario

- a) Las salas de emergencia de Nivel IV son aquellas salas consideradas especiales para el manejo y atención de pacientes de alto riesgo
- b) Las salas de emergencia de Nivel IV estarán adscritas a hospitales terciarios que cuenten con los recursos humanos, facilidades físicas, equipo y servicios de apoyo
- c) Los servicios de salas de emergencia de Nivel IV estarán disponibles veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año
- d) Las consultas a otros especialistas estarán disponibles dentro de treinta (30) minutos aproximadamente. La consulta inicial puede ser vía teléfono, de persona a persona o mediante un sistema de intercomunicación
- e) En el Nivel IV se ofrecerán servicios terapéuticos críticos, tales como: lesión de espina dorsal, quemados, trauma, medicina hiperbárica, neurocirugía y endovascular, entre otros

Artículo 3. Personal Médico

Sección 1. Sala de Emergencia de Nivel II-Nivel Secundario

- a) Las salas de emergencia de Nivel II estarán dirigidas por un médico de especialidad en medicina de emergencia con estudios de una universidad acreditadas y autorizada a ejercer la profesión en Puerto Rico por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o en su caso un médico generalista con más deis (10) años de experiencia en Salas de Emergencia con estudios de una universidad acreditada y autorizada a ejercer la profesión en Puerto Rico por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
- b) Cumplirá con las estipulaciones del Reglamento de la Facultad Médica de la Organización en la cual ejerce y con los requisitos aplicables contenidos en este Reglamento.
- 2) El director de la Sala de Emergencia mantendrá Educación Continua en tópicos de medicina de emergencia.
- 3) Estarán disponible las veinticuatro (24) horas al día.
- b) El director de Sala de Emergencia preparará un programa de trabajo para la cubierta de veinticuatro (24) horas de servicio los trescientos sesenta y cinco (365) días al año

- c) Asegurará la asignación de médicos necesarios por turnos de trabajo de acuerdo al nivel de prestación de servicios que se ofrecen y el volumen de pacientes que se atienden
- d) Incluirá en la asignación de médicos, el número de especialista en medicina de emergencia necesaria para cubrir los turnos de trabajo. Otros médicos contarán con experiencia mínima de tres (3) años laborando en salas de emergencia
- e) Identificará recursos médicos alternos para cubrir el servicio en casos de ausencia del médico asignado
- f) Los deberes y responsabilidades de los médicos de Sala de Emergencia estarán delineados por escrito y firmados por las partes
- g) El Director de Sala de Emergencia coordinará con los directores médicos de los servicios y departamentos clínicos de la Organización, el programa de guardias de los consultores médicos
- h) El Director de la Sala de Emergencia desarrollará un programa de orientación, educación y adiestramiento en servicio para el personal que labora en este servicio incluyendo, entre otros temas el manejo y tratamiento de casos de emergencia y aspectos de resucitación y manejo de crisis
- i) Los Internos y Residentes podrán realizar labores en Sala de Emergencia bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades bajo adiestramiento
- j) Los servicios pediátricos en la Sala de Emergencia estarán coordinados por un Médico Pediatra con estudios de una universidad acreditadas y autorizada a ejercer la profesión en Puerto Rico por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, y certificaciones vigentes de Basic LifeSupport (BLS) Certification, Pediatric Advanced Life Support (PALS) y Neonatal Resuscitation Program (NRP)
- k) El Coordinador de Servicios Pediátricos de la Sala de Emergencia será responsable de:
 - 1) Garantizar que los servicios a pacientes entre las edades de 0 a 21 años, sean ofrecidos por personal debidamente competente en el manejo de emergencias pediátricas.
 - 2) Supervisar los procesos de mejora de calidad (QI) relacionados con la seguridad, lesiones, manejo clínico y prevención de infecciones
 - 3) Participar en el desarrollo y la revisión de las políticas y procedimientos, medicamentos estándar, equipo y suplidos necesarios para atender adecuadamente los pacientes pediátricos de todas las edades.
 - 4) Ser miembro activo de los Comités de trabajos del Hospital, garantizando la continuidad del cuidado pediátrico en la Facilidad, facilidades a donde se refieren los pacientes y la comunidad.
 - 5) Participar en los procesos de capacitación del personal para garantizar que los servicios de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de emergencias pediátricas.
 - 6) El Coordinador de Emergencias Pediátricas responderá al Director de Sala de Emergencia, si la institución sólo ofrece servicios pediátricos asumirá la posición de Director del Servicio.

Sección 2.

Sala de Emergencia de Nivel III-Nivel Terciario

a) Las Salas de Emergencia de Nivel III estarán dirigidas por un médico con especialidad en medicina de emergencia de una universidad acreditada y autorizado a ejercer la profesión por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico en Puerto Rico.

1) Cumplirá con las estipulaciones del Reglamento de la Facultad Médica de la Organización en la cual ejerce y con los requisitos aplicables contenidos en este Reglamento.

2) El Director de la Sala de Emergencia mantendrá educación continua en tópicos de medicina de emergencia.

3) Estarán disponible las veinticuatro (24) horas al día.

b) El Director preparará un programa de trabajo para la cubierta de veinticuatro (24) horas de servicio los trescientos sesenta y cinco (365) días del año

c) Asegurará la asignación de los médicos necesarios por turno de trabajo de acuerdo al nivel de prestación de servicio que se ofrecen y volumen de pacientes que se atienden

d) Asignará médicos especialistas en medicina de emergencia en todos los turnos de trabajo

e) Identificará recursos médicos alternos para cubrir el servicio en casos de ausencias del médico asignado

f) Los Médicos de Sala de Emergencia de Nivel III cumplirán con los requisitos establecidos por la facultad médica de la Organización y con las disposiciones que apliquen de este Reglamento

g) Los deberes y responsabilidades de los médicos de Sala de Emergencia estarán delineados por escrito, fechado y firmado por las partes.

h) El director de Sala de Emergencia coordinará con los directores médicos de los servicios y departamentos clínicos de la Organización, el programa de guardia de los consultores médicos de acuerdo a las condiciones

i) El Director de Sala de Emergencia desarrollará un programa de orientación, educación y adiestramiento en servicio para el personal que labora en este servicio, incluyendo entre otros temas el manejo y tratamiento de casos de emergencia, aspectos de resucitación y manejo de crisis

j) Los Internos y Residentes podrán realizar labores en sala de emergencia bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades bajo adiestramiento

l) Los servicios pediátricos en la Sala de Emergencia estarán coordinados por un Médico Pediatra con estudios de una universidad acreditadas y autorizada a ejercer la profesión en Puerto Rico por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, y certificaciones vigentes de Basic Life Support (BLS) Certification, Pediatric Advanced LifeSupport (PALS) y Neonatal Resuscitation Program (NRP)

m) El Coordinador de Servicios Pediátricos de la Sala de Emergencia será responsable de:

7) Garantizar que los servicios a pacientes entre las edades de 0 a 21 años, sean ofrecidos por personal debidamente competente en el manejo de

emergencias pediátricas.

- 8) Supervisar los procesos de mejora de calidad (QI) relacionados con la seguridad, lesiones, manejo clínico y prevención de infecciones
- 9) Participar en el desarrollo y la revisión de las políticas y procedimientos, medicamentos estándar, equipo y suplidos necesarios para atender adecuadamente los pacientes pediátricos de todas las edades.
- 10) Ser miembro activo de los Comités de trabajos del Hospital garantizando la continuidad del cuidado pediátrico en la Facilidad, facilidades a donde se refieren los pacientes y la comunidad.
- 11) Participar en los procesos de capacitación del personal para garantizar que los servicios de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de Emergencias Pediátricas.
- 12) El Coordinar de Emergencias Pediátricas responderá al Director de Sala de Emergencia, si la institución sólo ofrece servicios pediátricos asumirá la posición de Director del Servicio.

Sección 3. Sala de Emergencia de Nivel IV-Nivel Supra terciario

- a) Las salas de emergencia de Nivel IV estarán dirigidas por un médico con especialidad en medicina de emergencia de una universidad acreditada y autorizado a ejercer la profesión por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico en Puerto Rico, con experiencia en la dirección de salas de emergencia especializada.
1. Cumplirá con las estipulaciones del reglamento de la Facultad Médica de la Organización en la cual ejerce y con los requisitos aplicables contenidos en este Reglamento.
 2. El director de la Sala de Emergencia mantendrá educación continua en tópicos de medicina de emergencia.
 3. Estarán disponible las veinticuatro (24) horas al día.
 - b) El director preparará un programa de trabajo para la cubierta de veinticuatro (24) horas de servicio los trescientos sesenta y cinco (365) días del año
 - c) Todos los turnos de trabajo serán cubiertos por médicos especialistas en medicina de emergencia
 - d) Identificará recursos médicos alternos para cubrir el servicio en casos de ausencias del médico asignado
 - e) Contarán con los médicos subespecialistas necesarios para atender la complejidad y severidad clínica de los pacientes que son referidos a este nivel
 - f) Los médicos de sala de emergencia de Nivel IV cumplirán con los requisitos establecidos por la facultad médica de la organización y con las disposiciones que apliquen de este Reglamento
 - g) Los deberes y responsabilidades de los médicos de Sala de emergencia estarán delineados por escrito, fechado y firmado por las partes
 - h) El Director de Sala de Emergencia coordinará con los directores médicos de los servicios y departamentos clínicos de la Organización, el programa de guardia de los consultores médicos de acuerdo a las condiciones

- i) El Director de Sala de Emergencia desarrollará un programa de orientación, educación y adiestramiento en servicio para el personal que labora en este servicio, incluyendo entre otros temas el manejo y tratamiento de casos de emergencia, aspectos de resucitación y manejo de crisis.
- j) Los Internos y Residentes de especialidades médicas y quirúrgicos podrán realizar labores en la sala de emergencia bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades bajo adiestramiento
- n) Los servicios pediátricos en la Sala de Emergencia estarán coordinados por un Médico Pediatra con estudios de una universidad acreditadas y autorizada a ejercer la profesión en Puerto Rico por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, y certificaciones vigentes de Basic Life Support (BLS) Certification, Pediatric Advanced Life Support (PALS) y Neonatal Resuscitation Program (NRP)
- o) El Coordinador de Servicios Pediátricos de la Sala de Emergencia será responsable de:
 - 13) Garantizar que los servicios a pacientes entre las edades de 0 a 21 años, sean ofrecidos por personal debidamente competente en el manejo de emergencias pediátricas.
 - 14) Supervisar los procesos de mejora de calidad (QI) relacionados con la seguridad, lesiones, manejo clínico y prevención de infecciones.
 - 15) Participar en el desarrollo y la revisión de las políticas y procedimientos, medicamentos estándar, equipo y suplidos necesarios para atender adecuadamente los pacientes pediátricos de todas las edades.
 - 16) Ser miembro activo de los Comités de trabajos del Hospital garantizando la continuidad del cuidado pediátrico en la Facilidad, facilidades a donde se refieren los pacientes y la comunidad.
 - 17) Participar en los procesos de capacitación del personal para garantizar que los servicios de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de emergencias pediátricas.
 - 18) El Coordinar de Emergencias Pediátricas responderá al Director de Sala de Emergencia, si la institución sólo ofrece servicios pediátricos asumirá la posición de Director del Servicio.

Artículo 4. Personal de Enfermería

- Sección 1. El servicio de Sala de Emergencia con suficiente personal de enfermería profesional y práctica para cubrir las veinticuatro (24) horas de trabajo y de acuerdo a las categorías de pacientes asistidos y volumen de los servicios.
- Sección 2. Todo el personal de enfermería contará con preparación, experiencia y capacitación especial para el área de Sala de Emergencia cumpliendo con todos los requisitos establecidos por la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico el Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico o el Colegio de Enfermería Práctica.
- Sección 3. La Facilidad tendrá un expediente de personal para todo el personal de enfermería que labore en la Sala de Emergencia, el expediente cumplirá con los requisitos establecidos en este Reglamento.
- Sección 4. La supervisión del personal de enfermería de Sala de Emergencia será realizada por un enfermero profesional con un grado mínimo de bachillerato en ciencias de enfermería, licencia de enfermero generalista expedida por la Junta Examinadora

de Enfermeros y Enfermeras de Puerto Rico, con certificado vigentes en *Basic Life Support* (BLS), adiestramiento y experiencia en supervisión, gerencia y cuidado de emergencia.

Sección 5. Los servicios de Emergencia Pediátrica serán supervisados y coordinado por un enfermero profesional con un grado mínimo de bachillerato en ciencias de enfermería, licencia de enfermero generalista expedida por la Junta Examinadora de Enfermeros y Enfermeras de Puerto Rico, con certificado vigentes en *Basic Life Support* (BLS), *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), *Neonatal Resuscitation Program* (NRP), adiestramiento y experiencia en supervisión, gerencia y cuidado de emergencia y cuidado crítico de pacientes neonatales y pediátricos.

Sección 6. Los deberes y responsabilidades del personal de enfermería estarán delineados por escrito, fechado y firmado por las partes.

Sección 7. El supervisor de enfermería desarrollará un programa de orientación, educación y adiestramiento para el personal bajo su supervisión en temas relativos a los servicios de emergencia y otros relacionados.

Artículo 5. Facilidades Físicas y Seguridad

Sección 1. El gobierno de la organización hospitalaria cumplirá con todos los requisitos del este Reglamento en lo que aplica al diseño, construcción, utilidades, seguridad y funcionamiento de la sala de emergencia establecidas como requisitos mínimos.

Sección 2. Los proveedores que componen el equipo de trabajo de emergencia tendrán la responsabilidad de cumplir y vigilar las normas de salud y seguridad establecidas por el gobierno de la organización en el funcionamiento diario de la sala de emergencia.

Artículo 6. Equipo, Instrumentos, Suministros y Materiales

Sección 1. La Sala de Emergencia tendrá disponible el equipo, instrumento, suministros y materiales médicos necesarios en la atención de los pacientes y en el funcionamiento de los servicios.

Sección 2. La disponibilidad del equipo y materiales será de acuerdo al nivel de protección de servicios que se ofrecen en la Sala de Emergencia.

Sección 3. La Sala de Emergencia contará con el siguiente inventario de equipo y materiales:

- a) Equipo de resucitación cardiopulmonar, incluyendo desfibrilador con paletas de adultos, pediátricos y neonatales
- b) Máquina de succión
- c) Lámparas de emergencias
- d) Electrocardiógrafo
- e) Camillas y sillones de ruedas para pacientes críticos
- f) Carros de emergencia equipado con los siguientes suministros, sin limitarse a estos:
 1. Tabla de compresiones cardíacas adultos y pediátricas
 2. Tubos endotraqueales de adultos, pediátricos y neonatales
 3. Laringoscopios con hojas curvas y rectas para adultos y pediátricos

4. Suministros para vía oral y nasal
 5. Sondas de succión, oxígeno y nasogástricas
 6. Mascarillas con válvulas
 7. Marcapaso externo temporero
 8. Marcapaso de flujo de oxígeno
 9. Suministros e instrumentos para lavado peritoneal
 10. Suministros para lavado gástrico
 11. Equipo para estabilización espinal cervical
 12. Chaleco *antishock* como sea indicado
 13. Agujas intraóseas
 14. Instrumentos y suministros para *Cutdown*
 15. Suministros para la administración de intravenosa y administración de medicamentos
 16. Monitor de presión sanguínea no invasiva
 17. *Oxímetro* de pulso
 18. Suministro para transfusiones
 19. Suturas para procedimientos quirúrgicos menores
 20. Medicamentos *anti arrítmicos* y diferentes soluciones intravenosas
- g) Instrumentos y equipo para suturar heridas
- h) Bandejas de succión, traqueotomía, toracentesis, paracentesis y toracotomía cerrada, punción lumbar, cateterización para adultos, pediátricos y neonatos
- i) Máquina de cortar yeso

Sección 4. La Sala de Emergencia Pediátrica o donde se ofrezca cuidado de emergencia a pacientes entre las edades de 0 a 21 años, contará y con equipo, materiales y medicamentos accesibles, rotulados, organizados y almacenados en lugar seguro para todos los grupos de edad y tamaño.

Sección 5. El equipo de resucitación y los materiales deben estar localizados en bandejas o un carro de paro pediátrico.

Sección 6. La Sala de Emergencia que ofrezca cuidado de emergencia a pacientes entre las edades de 0 a 21 años tendrá accesible para uso del personal médico y de enfermería sistemas de estandarización de medicamentos, *Broselow Tape*, *programas de software* que ayuden al personal a determinar el equipo apropiado según el peso del paciente y las dosis de medicamento.

Artículo 7. Normas y Procedimientos

Sección 1. El Director Médico y el Supervisor de Enfermería serán responsables del desarrollo y establecimiento de las normas y procedimientos que regularán el

funcionamiento y prestación de servicio en la Sala de Emergencia de la Organización con la aprobación del Gobierno del hospital y de su representante.

Sección 2. El servicio de Sala de Emergencia contará con un Manual en el que se recopilen todas las Normas y Procedimientos establecidas para la operación de la Sala de Emergencia, incluyendo la descripción de los protocolos de cuidado mandatarios.

Sección 3. El Manual de Normas y Procedimientos será revisado por los menos cada dos (2) años o con mayor frecuencia de ser necesario.

Sección 4. El contenido del Manual incluirá y no se limitará a:

- a) Descripción de los servicios incluyendo: objetivos, alcance, clasificación del servicio y esquema organizacional de la Sala de Emergencia
- b) Descripción de las facilidades físicas de la Sala de Emergencia
- c) Descripción del equipo de trabajo de los profesionales y técnicos que laboran en la Sala de Emergencia, incluyendo delegación de funciones
- d) Descripción de los canales de comunicación y coordinación entre la Sala de Emergencia, otros departamentos y servicios del hospital y con otras facilidades de la comunidad.
- e) Normas y Procedimientos sobre el mecanismo de entrada y admisión del paciente en la Sala de Emergencia incluyendo:
 1. Sistema y mecanismos de identificación del paciente
 2. Proceso de cermimiento y evaluación de prioridades de atención
 3. Políticas de evaluación y estabilización del paciente
 4. Mecanismo de registro del paciente
- f) Normas y Procedimientos sobre el manejo del paciente en la Sala de Emergencia, incluyendo:
 1. Ubicación del paciente
 2. Evaluación y tratamiento médico
 3. Documentación de intervención médica, de enfermería u otro profesional autorizado
 4. Seguimiento médico y de enfermería
 5. Disposición del paciente
 6. Solicitud, almacenaje y despacho de medicamentos, sangre, suministros y equipo.
 - 7.
 8. Cuidado a pacientes en coma y menores de edad no acompañados por sus tutores.
 9. Notificación al médico personal del paciente.
 10. Cuidado de los expedientes de salud.
 11. Suministro de información sobre el paciente a petición de la Policía y

el personal del Departamento de Justicia cuando exista sospecha de que medió la comisión de un delito.

12. Transferencia de pacientes
13. Expediente de salud del paciente
14. Medidas para el Control de Infecciones
15. Medidas a seguirse cuando falle el equipo de la sala
16. Control de visitas
17. Manejo y cuidado de la propiedad de los pacientes
18. Función de la Sala de Emergencia en el plan de desastres institucional
19. Uso de órdenes estándares
20. Circunstancias bajo las cuales los pacientes deben volver para recibir tratamiento o resultados de pruebas diagnósticas
21. Manejo de pacientes pediátricos, incluyendo evaluación del status de inmunización y manejo de pacientes con vacunas incompletas
22. Pacientes muertos en la sala o que lleguen muertos a la misma (DOA)
23. Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información del paciente
24. Orientación al paciente y familiar
25. Procedimientos para el manejo de tratamiento de emergencia a menores en ausencia de uno de los padres
26. Consentimiento y autorización del paciente para ser trasladado a otra facilidad hospitalaria
27. Derechos de los pacientes

Sección 5. Protocolos: La Organización tendrá redactados, aprobados y en uso los siguientes protocolos:

1. Cernimiento de emergencia o *triage* para pacientes con lesiones, traumas y condiciones de salud física, mental y pediátrica.
2. Manejo del paciente adulto y pediátrico en sala de emergencias
3. Manejo de la embarazada en etapa de parto
4. Manejo del paciente expuesto a radiación
5. Intervención con víctimas de violación u otros protocolos semejantes y autorizados por el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
6. Intervención en casos de abuso de menores
7. Intervención en casos de maltrato de envejecientes
8. Pacientes con quemaduras, heridas en las manos, mordeduras de animales, heridas en balas, puñaladas u otros problemas agudos

9. Intervención con sobrevivientes de violencia doméstica
10. Manejo de pacientes en intentos suicidas
11. Manejo de pacientes que lleguen muertos a la Sala de Emergencias
12. Manejo de pacientes traumatizados
13. Manejo de pacientes bajo los efectos del alcohol, drogas, con trastornos mentales, o casos psiquiátricos
14. Protocolo para manejo, prevención y profilaxis de tétano y rabia
15. Protocolo de cuidado pediátrico centrado en la familia que incluya la participación de la familia en la toma de decisiones, procesos que envuelven seguridad de medicamentos, presencia de familiares durante todos los procesos de tratamiento, incluyendo resucitaciones, educación de pacientes, familiares, cuidadores, planificación de alta y comunicación clara de instrucciones a seguir.
16. Protocolo para el uso de intervenciones radiológicas que expongan al paciente a la menor radiación ionizante posible para su edad y peso de acuerdo al *As Low As Reasonably Achievable*⁶⁴.

Artículo 8. Normas y Procedimientos

- Sección 6. El servicio de Sala de Emergencia contará con un Manual de Normas y Procedimientos aprobado por el Director Médico y la autoridad ejecutiva de la Organización.
- Sección 7. El Manual será revisado cada dos (2) años o con mayor frecuencia de ser necesario.
- Sección 8. Las revisiones del manual serán aprobadas por el director médico y la autoridad ejecutiva de la organización.

Artículo 9. Área de Observación

- Sección 1. Las salas de emergencia tendrán un área de observación para la evaluación y tratamiento de aquellas condiciones definidas por la Facultad Médica y Dental de la Facultad.
- Sección 2. Todo paciente admitido al área de observación deberá ser evaluado por el médico, cuan a menudo sea necesario de acuerdo a la condición médica del paciente, pero no menos de tres (3) veces en veinticuatro (24) horas.
- Sección 3. El médico evaluará al paciente, dispondrá o determinará la acción a seguir con éste dentro del término máximo de las veinticuatro (24) horas.
- Sección 4. Si la determinación final del médico es la hospitalización y no hay camas disponibles en el hospital, se orientará al paciente y familiares sobre la opción de trasladarlo a otra facilidad hospitalaria.
- Sección 5. Si el paciente o su familiar no acepta el traslado, éste deberá firmar un consentimiento o permiso indicando estas condiciones o acuerdos.
- Sección 6. El paciente que permanezca en el área de observación por no haber camas

⁶⁴ ALARA: As Low As Reasonably Achievable

disponibles, recibirá el mismo nivel de cuidado del paciente admitido a una unidad de hospital.

Sección 7. La Facilidad hospitalaria deberá tener personal de enfermería suficiente para ofrecer el cuidado de enfermería necesario en el área de observación, incluyendo a pacientes admitidos, pendientes del traslado a su habitación.

Sección 8. No se observarán pacientes críticos en el área de observación de la Sala de Emergencia. De ser médicamente necesario mantener un paciente crítico en la sala de emergencia, porque no está disponible una cama en intensivo y el paciente no interesa ser trasladado a otro hospital, se proveerá el equipo de observación comparable al de la unidad de intensivo para lo cual se asignará personal de enfermería con competencias documentadas en el cuidado crítico.

Sección 9. La Sala de Emergencia elaborará un expediente de salud que garantice un seguimiento adecuado a los pacientes en el área de observación en el que se especificará el tiempo máximo de permanencia, cada cuanto tiempo el personal médico y de enfermería profesional escribirán notas de progreso clínico y cualquier otra documentación según el contenido del expediente de salud especificada en este Reglamento.

Artículo 10. Manejo de Pacientes Víctimas de Agresión

Sección 1. La Organización será responsable de proveer personal adiestrado en manejo e intervención de pacientes víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.

Sección 2. La Organización será responsable de que el personal médico y de enfermería que ofrece servicios en la Sala de Emergencia esté debidamente adiestrado y certificado en el manejo de pacientes víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.

Sección 3. La Organización será responsable de mantener al personal debidamente capacitado en el manejo de pacientes víctimas de agresión sexual o violencia doméstica.

Sección 4. La Sala de Emergencia tendrá disponible personal de trabajo social debidamente capacitado y certificado las 24 horas del día para atender casos confirmados de agresión sexual y violencia doméstica.

Sección 5. El servicio de trabajo social para atender casos confirmados de agresión sexual y violencia doméstica puede ser ofrecido por personal regular o a través de servicios contratados utilizando guardias *oncall*.

Sección 6. El trabajador social asignado a atender casos confirmados de agresión sexual y violencia doméstica será responsable de iniciar tan pronto le sea notificado y confirmado un caso de agresión sexual y el proceso de entrevistas, intervenciones y referidos necesarios.

Sección 7. La Organización será responsable de reportar mensualmente al Departamento de Salud todos los casos de agresión sexual y de violencia doméstica atendido.

Sección 8. El incumplimiento con este artículo implica la imposición de multas administrativas y la denegación o suspensión de la licencia para el funcionamiento y operación de la facilidad de salud.

Artículo 11. Manejo de Pacientes Pediátricos entre 0 a 21 años

Sección 1. La Organización será responsable de proveer los recursos humanos, equipo y material necesario para atender las emergencias de pacientes entre las edades de 0 a 21 años.

Sección 2. Los servicios de emergencia pediátrica estarán separados de los servicios de emergencia para adultos.

Sección 3. El personal que ofrece servicios de emergencia pediátrica estará debidamente certificado en *Basic Life Support, Pediatric Advanced Life Support y Neonatal Resuscitation Program*.

Sección 4. Se requiere como parte de los registros de los signos vitales, se incluya el peso en kilogramos de todos los pacientes. El peso será documentado como parte del expediente de salud.

Sección 5. Los servicios pediátricos de emergencias se deben brindar en un marco de competencia cultural y lingüística.

Sección 6. Los servicios pediátricos de emergencias deben proveer un ambiente seguro para los menores y apoyar el cuidado centrado en la familia. En aquellos casos que por el estado salud el paciente deba permanecer separado de los padres, la Organización será responsable del desarrollo de un plan de reunificación de los niños con sus padres lo antes posible.

Sección 7. Los servicios de emergencia pediátrica incluyen la disponibilidad de asistencia para situaciones que requieran apoyo de profesionales de salud mental y atención de problemas índole social en adicción a los servicios médicos especializados que puedan requerir durante un desastre.

Sección 8. Los servicios de emergencia pediátrica incluirán servicios para pruebas diagnósticas para niños de todas las edades, incluyendo la disposición de personal capacitado para la función de flebotomía utilizando micro tecnología.

Sección 9. La Organización será responsable que los servicios de emergencia pediátrica cuente con material y medicamentos para situaciones de emergencia de acuerdo al sistema *Broselow Pediatric Emergency*. La ausencia en el uso del sistema de *Broselow Pediatric Emergency* implica un riesgo a la seguridad y vida de los pacientes.

Sección 10. La Organización será responsable de garantizar la participación de toda la persona en ejercicios de simulacro con víctimas en edad pediátrica anualmente.

Artículo 12. Expedientes de Salud

Sección 1. Todo paciente que sea evaluado en la Sala de Emergencia se le preparará un expediente de salud.

Sección 2. El expediente de salud de los pacientes que reciben servicios en sala de emergencia será integrado al expediente del paciente ya existente.

Sección 3. Este expediente tendrá la información necesaria y de acuerdo la Administración de Información de Salud de este Reglamento.

Artículo 13. Registro de Pacientes

Sección 1. La Organización mantendrá un registro de todos los pacientes que acuden a la Sala de Emergencia a solicitar servicios.

Sección 2. Las páginas del registro estarán debidamente enumeradas y conservadas en buenas condiciones,

Sección 3. El registro incluirá la siguiente información:

- a) Nombre completo, incluyendo sus dos (2) apellidos
 - b) Edad y sexo
 - c) Dirección y número de paciente
 - d) Fecha y hora de llegada
 - e) Hora en que fue atendido para evaluación
 - f) Hora en que fue atendido por el médico
 - g) Anotación de si el paciente rehusó el tratamiento
 - h) Anotación de si la Sala de Emergencia rehusó darle tratamiento
 - i) Disposición del paciente, incluyendo la información sobre:
 - j) Tratado y admitido
 - k) Estabilizado y trasladado
 - l) Dado de alta
 - m) Declarado muerto
- Sección 4. La información contenida en el registro no debe ser borrada, tachada o alterada.

Artículo 14. Suplido de Medicamentos

- Sección 1. La Sala de Emergencia elaborará un sistema para la obtención y control de medicamentos.
- Sección 2. La Facultad Médica en unión al Director del servicio y la administración determinará los medicamentos que estarán disponibles en el área.
- Sección 3. Se mantendrá un inventario de medicamentos necesarios en el área.
- Sección 4. El Departamento de Farmacia de la Organización revisará las provisiones de medicamentos en la Sala de Emergencia de acuerdo a las normas internas de este departamento.

Artículo 15. Evaluación del Servicio

- Sección 1. Como parte del programa de mejoramiento de la calidad de la Organización y de acuerdo a las disposiciones que apliquen de este Reglamento. El Director del servicio de emergencia desarrollará un plan de evaluación de calidad que considere las diferentes etapas del proceso de cuidado del paciente.

- Sección 2. El plan incluirá la evaluación de indicadores que permitan vigilar y mejorar la calidad de servicio que se ofrece a los pacientes en las diferentes etapas durante su estadía en Sala de Emergencia.

Artículo 16. Reuniones

- Sección 1. El personal de la Sala de Emergencia se reunirá como mínimo cada dos meses para discutir los problemas del servicio y los hallazgos de las evaluaciones realizadas.
- Sección 2. Se llevará actas de la reunión con el registro de la asistencia y la firma de los asistentes.