



2018

**REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD PARA LA CONSTRUCCIÓN, OPERACIÓN,
MANTENIMIENTO Y LICENCIAMIENTO DE LOS HOSPITALES EN PUERTO RICO**

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

ÍNDICE

**REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD PARA LA CONSTRUCCION,
OPERACIÓN, MANTENIMIENTO Y LICENCIAMIENTO, DE LOS HOSPITALES EN
PUERTO RICO**

CAPÍTULO I. PROPÓSITO Y APLICABILIDAD	1
CAPÍTULO II. DEFINICIONES.....	2
CAPÍTULO III. LICENCIAÍŚ.....	3
CAPÍTULO IV. INSPECCIONES	8
CAPÍTULO V. DERECHOS DEL PACIENTE.....	11
CAPÍTULO VI. SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN	15
CAPÍTULO VII. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA	16
CAPÍTULO VIII. RECURSOS HUMANOS	17
CAPÍTULO IX. GOBIERNO.....	20
CAPÍTULO X. FACULTAD MÉDICA Y DENTAL.....	24
CAPÍTULO XI. SERVICIOS CLÍNICOS	30
CAPÍTULO XII. ADMINISTRACION DE INFORMACIÓN DE SALUD	39
CAPÍTULO XIII. SERVICIOS DE TELEMEDICINA.....	62
CAPÍTULO XIV. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	64
CAPÍTULO XV. SERVICIOS DE ENFERMERÍA	70
CAPÍTULO XVI. SERVICIO DE ANESTESIA SALA DE OPERACIONES Y SALA DE RECUPERACIÓN	74
CAPÍTULO XVII. SERVICIOS DE CLÍNICAS EXTERNAS.....	82
CAPÍTULO XVIII. SERVICIO DE RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA.....	85
CAPÍTULO XIX. SERVICIOS DENTALES	90
CAPÍTULO XX. SERVICIO DE MEDICINA Y DE REHABILITACIÓN	91
CAPÍTULO XXI. SERVICIOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS PATOLOGÍA ANATÓMICA Y BANCO DE SANGRE.....	94
CAPÍTULO XXII. SALA DE EMERGENCIA	96
CAPÍTULO XXIII. SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	113
CAPÍTULO XXIV. SERVICIOS FARMACÉUTICOS	122
CAPÍTULO XXV. SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA.....	128
CAPÍTULO XXVI. PROGRAMA DE SEGURIDAD Y PLANTA FÍSICA.....	131
CAPÍTULO XXVII. PROGRAMA DE UTILIZACIÓN.....	138
CAPÍTULO XXVIII. PROGRAMA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES.....	141
CAPÍTULO XXIX. SERVICIOS DE LAVANDERÍA.....	144
CAPÍTULO XXX. PROGRAMA PLANIFICACIÓN DE ALTA.....	146
CAPÍTULO XXXI. SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.....	147
CAPÍTULO XXXII. SERVICIO DE RADIOTERAPIA	151
CAPÍTULO XXXIII. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	153
CAPÍTULO XXXIV. SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL.....	156
CAPÍTULO XXXV. HOSPITAL SIQUIÁTRICO	157
CAPÍTULO XXXVI. HOSPITAL CERTIFICADO COMO FACILIDAD DE TURISMO MÉDICO	162
CAPÍTULO XXXVII. DISPOSICIONES GENERALES.....	165

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD PARA LA CONSTRUCCIÓN,
OPERACIÓN, MANTENIMIENTO Y LICENCIAMIENTO DE LOS HOSPITALES
EN 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, conocida como *Ley Orgánica del Departamento de Salud*, 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, mantenimiento y licenciamiento de las facilidades de salud en 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 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada, y conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico y el Reglamento Núm.85 de Procedimientos Adjudicativos del Departamento de Salud, Reglamento Núm. 5467 de 27 de agosto de 1996.

Artículo 2. Propósito

Sección 1. Se aprueba este Reglamento con el propósito de establecer aquellas normas y parámetros que regirán el la construcción, operación, mantenimiento y licenciamiento de los hospitales en 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.

Sección 2. 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 3. Derogación

Con la aprobación de este Reglamento se derogan las disposiciones del Reglamento del Secretario de Salud Número 117: Para Reglamentar el Licenciamiento, Operación y Mantenimiento de los Hospitales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Reglamento Núm. 6921 del 21 de diciembre de 2004, según registrado en el Departamento de Estado, declarando inválidas todas sus disposiciones a partir de la vigencia del presente Reglamento, y se derogan las disposiciones del Reglamento del Secretario de Salud 6044 del 7 de noviembre de 1999 relacionadas con los hospitales. Todo reglamento, artículo, o sección de reglamento que esté en conflicto con lo dispuesto en el presente reglamento queda derogado.

Artículo 4. Aplicabilidad

Sección 1. Este Reglamento, será aplicable a todas las facilidades hospitalarias, según

definidas en este Reglamento, incluyendo todas las facilidades clasificadas como correccionales. Aplicara, 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 2. 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 5. 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) Autoridad Ejecutiva - Administrador o Director Ejecutivo o cualquier persona natural o jurídica debidamente designada por la Junta de Directores o de Gobierno del Hospital.
- (b) Convalidar - reconocer o aceptar las inspecciones y/o evaluaciones realizadas por otras agencias acreditadoras, según se dispone en este Reglamento.
- (c) 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.
- (d) Hospital General - significa cualquier hospital para el cuidado médico o de cirugía de corta duración de enfermedades o lesiones, incluyendo obstetricia, ginecología y pediatría.
- (e) Hospital Psiquiátrico - significa un hospital para el diagnóstico y tratamiento comprensivo de pacientes con enfermedades mentales y adictivas.
- (f) 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.
- (g) 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.

- (h) Secretario o Secretaria - significa el Secretario o Secretario de Salud de Puerto Rico.
- (i) Persona - significa cualquier individuo, firma, sociedad, sindicato, corporación, compañía asociación, sociedad o sucesores legales, ya sea de naturaleza natural o jurídica.
- (j) Secretaria(o) Auxiliar - significa la(e) Secretaria(o) Auxiliar de la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Salud.
- (k) Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (S.A.R.A.F.S) - significa dependencia del Departamento de Salud a cargo de la inspección y del licenciamiento de facilidades de salud en Puerto Rico, entre otras.
- (l) 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.
- (m) Modernización - incluye alteraciones, reparaciones mayores, remodelaciones, sustituciones y renovación de edificios existentes (incluyendo equipo inicial y sustitución de equipo obsoleto) dentro de las limitaciones que establezcan las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables.
- (n) Unidad de Gobierno - significa el Gobierno Estatal, o cualquier municipio u otra subdivisión política, o cualquier departamento, división, junta, agencia o instrumentalidad de los mismos.
- (o) Ley 101 - significa Ley Núm. 101 del 26 de junio de 1965, según enmendada.
- (p) 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.
- (q) JC - *Joint Commission* - Una organización sin fines de lucro, que acredita y certifica organizaciones y programas de cuidado de salud a nivel internacional, su acreditación y certificación es reconocida a nivel nacional como símbolo de calidad que refleja el compromiso de la organización para cumplir con ciertos estándares de desempeño.
- (r) Turismo Médico - Modalidad de prestación de servicios a pacientes extranjeros que visitan la isla para acceder servicios de salud a través de hospitales debidamente certificados por el Departamento de Salud y las agencias gubernamentales correspondientes.

CAPÍTULO III LICENCIAS

Artículo 1. Requisito de Licencia

Será requisito para todo hospital, según definidos en este Reglamento, que opere en 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 30 días antes de la fecha proyectada de comenzar 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, y de la Ley Núm. 101 del 26 de junio del 1965, 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. La Declaración Estadística se radica a través del Portal Cibernético de la Secretaría de Planificación y Estadísticas, la cual emite certificación que deben anejar a la solicitud de renovación de licencias en el portal de S.A.R.A.F.S
- d) La solicitud de licencia y los trámites administrativos para obtener la misma están disponibles para ser tramitados a través del Portal de la S.A.R.A.F.S., en la siguiente dirección: <http://S.A.R.A.F.S.pr.gov>

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 ordene el Departamento de Salud. Ésta, 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 Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental.
 - 2) El permiso de uso otorgado por la Oficina de Gerencia de Permiso del Gobierno de Puerto Rico. Este requisito aplica a las facilidades que habrán de operar por primera vez, ampliación, remodelación o nueva construcción.
 - 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 S.A.R.A.F.S,
 - 6) En el caso de las facilidades que presten servicios de hospitalización o recuperación para pacientes de salud mental y trastornos adictivos deberá presentar evidencia de licencia para ofrecer servicios, expedida 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 “Organ

Procurement Organization, conocido como OPO's, certificada por UNOS, United Network Organ Sharing".

- 9) Certificación de cumplimiento con la Ley Número 133 del 18 de junio de 1999 y su reglamento.
- 10) Lista de los profesionales de salud con sus respectivos números de licencia y fecha de vigencia del Registro de Profesionales. Indicar la clasificación del personal de enfermería de acuerdo a la que reglamenta la práctica de enfermería en PR/
- 11) Copia de las Regulaciones del Gobierno o By Laws aprobados.
- 12) Copia del Organigrama aprobado por el Gobierno de la Organización.
- 13) Copia de la autoridad conferida al Principal Oficial Ejecutivo de las Instalaciones Hospitalarias.
- 14) 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.
- 15) Evidencia de exenciones o exoneraciones de acuerdo a las regulaciones establecidas por el Código de Rentas Internas de Puerto Rico, según enmendado.
- 16) Evidenciar documentos relacionados con responsabilidad financiera, según sean solicitados por el Departamento,
- 17) La S.A.R.A.F.S podrá requerir otros documentos que el Secretario de Salud, mediante Orden Administrativa y/o carta circular entienda necesarios.

Sección 4. **Pago de Cuota**

- (a) La solicitud de licencia estará acompañada del pago de la cuota que se establece en la Ley Número 101, según enmendada.
- (b) El pago de la cuota, de solicitud de licencia se efectuará a través de giro postal, cheque bancario o cheque certificado de gerente pagadero a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico, tarjeta de crédito (Visa o Master Card) o a través del Portal de Colecturía Virtual. Se podrán realizar pagos en efectivo hasta \$50.00.

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, y es 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 de Salud 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 tendrán vigencia de 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 única y exclusivamente para el lugar y la 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. 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 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 laborables 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 laborables 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 esenciales para la operación de la facilidad, el poseedor de la licencia deberá notificar por escrito a la S.A.R.A.F.S, con no menos de seis (6) meses de antelación a la fecha de suspender el servicio. Si la intención del cierre es temporera, el poseedor de la licencia tendrá que notificar el tiempo estimado durante el cual no estará ofreciendo los servicios y la razón 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, vigentes 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, vigentes 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 ponga en peligro 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 un (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 no incluirá el período de tiempo transcurrido con la licencia provisional.

Artículo 5. Denegación o Revocación de Licencias

Sección 1. Todo procedimiento adjudicativo establecido en este Reglamento se llevará a cabo de conformidad con la Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017 y el Reglamento Núm. 85 de Procedimientos Adjudicativos del Departamento de Salud, Reglamento Núm. 5467 de 27 de agosto de 1996.

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 Núm. 38 de 30 de junio de 2017. Esto, sin perjuicio de las penalidades que una ley o reglamentación determinada imponga, 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, y lugar de la vista, así como su naturaleza y propósito, las violaciones específicas de que se trata, y la acción que se intenta tomar.
- c) La notificación se deberá efectuar por correo certificado o personalmente con no menos de quince (15) días de anticipación a la fecha de la vista, excepto que, por causa debidamente justificada, consignada en la notificación, sea necesario acortar dicho período.
- d) La parte querrelada deberá notificar por escrito al Departamento de Salud su asistencia. De no recibirse respuesta de la parte querrelada dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación, o de no asistir la parte querrelada a la vista debidamente citada, el Departamento de Salud podrá tomar la determinación que proceda sin más citarle ni oírle.
- e) El solicitante, poseedor de licencia o unidad gubernamental envuelta podrá estar representado por abogado, si así lo desea, o comparecer por derecho propio.
- f) Ambas partes tendrán derecho a presentar evidencia sujeta a reglas de admisibilidad y a métodos de presentación razonables, así como a examinar la evidencia presentada y a interrogar los testigos de la otra parte.
- g) El Secretario de Salud nombrará para presidir la vista a un funcionario que no haya participado en la acción a revisarse.
- h) El Departamento de Salud deberá rendir su decisión por escrito dentro de los sesenta (60) días subsiguientes a la fecha de su radicación. Dicha decisión deberá basarse en la evidencia presentada durante la vista.
- i) La multa impuesta por el Departamento de Salud deberá ser pagada giro postal, cheque bancario o cheque certificado de gerente pagadero a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico, tarjeta de crédito (Visa o Master Card) o a través del Portal de Colecturía dentro de los quince (15) días laborables siguientes a la fecha en que se notifique la decisión final y firme del Secretario de Salud a la parte delincente.

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, una vez su decisión sea final y firme.

CAPÍTULO IV INSPECCIONES

Artículo 1. Inspección

Sección 1. La 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 la S.A.R.A.F.S. Éstos, 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 S.A.R.A.F.S., y sus representantes autorizados o inspectores de la S.A.R.A.F.S., realizarán las inspecciones ó investigaciones que crean necesarias, y podrán revisar cualquier documento de la facilidad en forma tal que se pueda constatar el cumplimiento con cada uno de los requisitos de licenciamiento establecidos en este reglamento.

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 diez (10) días calendarios 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 querrelas, se realizarán sin anunciar, donde se le entregará copia de la querrela a la institución.

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.

Sección 6. Los inspectores de la 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 (20) días siguientes a la inspección.

Sección 2. El Secretario Auxiliar de la S.A.R.A.F.S., 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 (20) días laborables a la facilidad inspeccionada, para que someta un Plan de Corrección para cada una de las deficiencias señaladas.

Sección 4. El Plan de Correcciones 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 prorrogas de no más de cinco (5) días laborables adicionales para someter un Plan de Correcciones, a aquellas facilidades que mediante evidencia escrita presenten solicitud debidamente justificada.

Artículo 5. Inspecciones por otras Agencias Evaluadoras

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 S.A.R.A.F.S. 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 Licenciamiento y Disciplinas de 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 ciento veinte (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, transexualismo, transgénero, 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, estatus migratorio.

Sección 4. Las organizaciones que prestan servicios de salud en facilidades hospitalarias, garantizarán los derechos de todos los pacientes, sin discriminación o limitación alguna.

Artículo 2. Notificación y Divulgación de los Derechos

Sección 1. La organización que presta servicios de salud en facilidades hospitalarias, será responsable de informar al paciente, la familia o representante, los derechos y responsabilidades que le asisten como paciente.

Sección 2. La organización que prestan 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 querrelas del paciente, y la persona a contactar para presentar una queja o querrela.

Sección 4. La organización deberá informarle al paciente sobre el derecho que tiene de presentar quejas o querellas ante la S.A.R.A.F.S. o cualquier otra agencia estatal dedicada a velar por los derechos del paciente. La organización deberá proveerle al paciente el teléfono y dirección de S.A.R.A.F.S. y las agencias estatales para radicar la queja o querella.

Sección 5. La administración del hospital deberá aprobar y será 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) Si de la investigación surge que no procede realizar medidas adicionales, asimismo se le notificará al paciente.
- d) 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.
- e) El paciente deberá ser orientado de forma escrita sobre los mecanismos internos y externos disponibles para apelar la decisión, así como el término de tiempo para la radiación de una apelación.

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 clínica 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. La organización cumplirá con todos los requisitos para investigación clínica en que participen pacientes según dispuesto por el *Code Federal Regulations*.

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 vital.

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

Sección 7. La organización establecerá mecanismos que aseguren que los familiares del paciente y su médico son notificados en un tiempo razonable de su admisión a la facultad, 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 medicamente innecesario o inapropiado.
6. Formular directrices anticipadas y que éstas sean respetadas por el personal que ofrece servicios o cuidados.
7. Declarar previamente su voluntad referente al tratamiento médico.
8. Nombrar un mandatario que tenga capacidad legal para declarar su voluntad referente al tratamiento médico.
9. Seleccionar sus proveedores de servicios de salud incluyendo médico, con privilegios como parte de la Facultad Médico Dental del Hospital.
10. Su intimidad personal y privacidad durante su tratamiento y cuidado, esto incluye privacidad visual y auditiva en el manejo del paciente.
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.
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.
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 término de treinta (30) días luego de la solicitud.
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 clínica.
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 de cualquier determinación de su plan médico sobre la cubierta sobre los servicios ofrecidos, sea está final o provisional.
23. Ser informado sobre todas las agencias disponibles para la protección de los derechos humanos (Comisión de Derechos Civiles, *Ombudsman* o Procurador) y los mecanismos de comunicación con las mismas.
24. Enviar y recibir comunicación escrita; recibir visita de familiares y amigos y utilizar su propia ropa, a menos que interfiera con su salud, durante su estadía en la facilidad hospitalaria.
25. Acceso telefónico sin ser escuchado.
26. Recibir y aceptar visitas de acuerdo a su condición de salud física y mental.
27. Conocer los riesgos y beneficios de un traslado a otra facilidad.
28. Rehusar ser transferido a otra facilidad.
29. Que su alta sea planificada y notificada previamente.
30. Recibir consultoría espiritual.
31. Estar acompañado de un enfermero/a, miembro del mismo sexo, cuando sea examinado por su médico.
32. 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 vigente.

Artículo 5. Derechos de pacientes adultos y niños con trastornos mentales

El paciente adulto o menor con trastornos mentales, tiene igualdad de derechos a recibir servicios adecuados, según lo establecido en la Carta de Derechos del Adulto y del Menor con Trastornos Mentales. Las organizaciones de servicios de salud mental tienen que asegurar el cumplimiento con las disposiciones de 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 prohíben 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 inflicción de daño o intimidación de parte de un paciente a otro.

Sección 3. El paciente tiene derecho a ser orientado sobre los mecanismos de radicación de quejas o querrelas 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 querrelas 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 1999.

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 contestación de los servicios solicitados dentro de un periodo de tiempo no mayor de treinta (30) minutos.

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 el reglamento vigente de ambulancias.

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 informadas.

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, cognoscitivas; 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, prevención de suicidio, problemas de salud mental, incluyendo suicidio y su impacto en el tratamiento de salud física, 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 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 pacientes.

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.

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 Retención

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 continua de credenciales que garantice que todo su personal mantenga las credenciales vigentes de acuerdo a las leyes aplicables a su profesión.

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

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 Gobierno o Junta de Directores de la organización.
- g) Renovación de privilegios clínicos especiales, cuando aplique.
- h) Nombramiento.
- i) Descripción de funciones.
- j) Adiestramiento en manejo de emergencias que incluya: *Basic Life Support*, CPR para profesionales de la Salud, *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* para profesionales de salud en las áreas de Emergencia, Intensivos, Salas de Operaciones y Recuperación, Unidades de Procedimientos que requieran sedación, como unidades de Endoscopias y cualquier otra área requerida por el Departamento de Salud de Puerto Rico.
- k) Certificación de especialidad, en caso de profesionales que aplique.
- l) Certificación de proveedor de servicios directos en salud en psicología para poder ejercer la práctica de psicología clínica o consejería psicológica.
- m) Certificado de antecedentes penales.
- n) Certificación de Historial Delictivo de Proveedores de Servicios de Cuidado a Niños y Envejecientes.
- o) Solicitud de empleo debidamente cumplimentada y firmada.
- p) 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 implantará 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, calidad, seguridad, riesgos, control de infecciones, manejo de pacientes, entre otros.

Sección 2. Todos los empleados nuevos serán introducidos a la organización a través de un proceso de orientación y educación, que incluye entre otros, las responsabilidades asignadas, incluyendo actividades educativas de carácter compulsorio entre las cuales se incluirán: Regulaciones de acuerdo a la Ley HIPAA, Derechos de Pacientes, Abuso y Negligencia, Violencia Doméstica, Estimados e intervención de personas con comportamiento suicida, Seguridad, Control de Infecciones, Mejoramiento de la Calidad, Maltrato de Menores, Ley Núm. 35 y Ley EMTALA.

Sección 3. La organización desarrollará e implantará, 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, que todos los empleados reciban anualmente educación en servicio, sobre los temas de abuso, negligencia y hostigamiento, estimados e intervención de personas con comportamiento suicida.

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 religiosas.

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.

Artículo 8. Programa de Salud para el Empleado

Sección 1. La organización diseñará e implantará un Programa de Salud para el Empleado, dirigido a minimizar los riesgos de lesiones y transmisión de enfermedades en el entorno hospitalario.

- a) El Programa de Salud para el 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 el 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 en 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 pacientes.

Artículo 1. Organización

Sección 1. Toda facilidad hospitalaria, ya sea pública o privada, con o sin fines de lucro, organizada y operando como una corporación, estará debidamente constituida y tendrá 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 de Puerto Rico, bajo la administración del Departamento de Salud o 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 de conformidad con el reglamento o estatutos de la Organización.

Sección 2. El mecanismo de selección, cualificaciones requeridas, términos de los nombramientos y sus funciones y responsabilidades, estarán definidos de conformidad con los Artículos de Incorporación presentados ante el Departamento del Estado, 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 3. Como parte de las responsabilidades de la Junta de Gobierno del hospital, éste cuerpo rector será responsable de establecer normas, procedimientos y mecanismos en el hospital para:

- a) Desarrollar la efectividad y 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) Desarrollar un programa efectivo de cumplimiento corporativo.
- f) 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 y propósitos 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, ordinaria y 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 de la Autoridad Ejecutiva de la Organización, director médico y cualquier otro oficial del hospital que se determine será nombrado por el Gobierno de la facilidad.
- l) 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.
- m) Planificación institucional y asignación presupuestaria para el hospital.
- n) Elaboración y aprobación del plan de trabajo anual del Gobierno del hospital.
- o) Revisión y aprobación del presupuesto operacional, de inversiones de capital y del plan de trabajo anual de la institución.

- p) 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.
- q) Mecanismos de apelación ante decisiones adversas del Gobierno de parte de la Facultad Médica y Dental.
- r) Auto evaluación anual, del funcionamiento de la facilidad en términos de la efectividad y calidad de los servicios.
- s) Mecanismo para evaluar la operación fiscal y la calidad del cuidado médico y profesional ofrecido a los pacientes.
- t) Normas para el funcionamiento de la oficina o Departamento de Recursos Humanos, incluyendo la conservación de los expedientes del personal.
- u) Procedimiento de comunicación entre el Gobierno del Hospital, la Administración y la Facultad Médica.
- v) Procedimientos para garantizar que la admisión, tratamiento y cuidado de los pacientes en el hospital estén bajo el cuidado de médicos y miembros de la facultad médica del hospital, debidamente cualificados.
- w) 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 migratorio.
- x) Procedimientos para garantizar la continuidad del cuidado de los pacientes en el hospital, que permanecen con estadía prolongada por problemas de ubicación luego del alta.
- y) 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.
- z) Creación y evaluación de programas institucionales para el control de infecciones, salud ocupacional y seguridad.
 - aa) 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.
 - bb) Acuerdos escritos de traslados de pacientes a otras facilidades de servicios hospitalarios.
 - cc) Procedimientos para la administración y evaluación de contratos de todos los servicios.
 - dd) 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 del cumplimiento 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 mecanismos para asegurarse que los miembros de la facultad médica, director de radiología y el 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 alzhéimer.
- d) Registro de defectos congénitos.
- e) Registros de casos atendidos con comportamiento suicida, intento o suicidio consumado.

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 será responsable 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 Salud.
- b. El Director Médico, será el enlace entre la Administración y la Facultad Médica para que se cumplan los objetivos de la Organización. Colaborará en la planificación, organización y dirección de los servicios médicos ofrecidos 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 de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

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 Servicios de Salud.
- d) Colegiación, si aplica.

- e) Certificado de Salud vigente.
- f) Documentación del cumplimiento de todos los requisitos, como miembro de la Facultad Médica y Dental de la institución, según aplique

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 es transferible de una institución a otra 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 (2) 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 credenciales, 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 aplique.

- e) Copia de licencia de narcóticos estatal y federal vigente.
- f) Certificado de salud anual.
- g) Evidencia de curso de CPR, ACLS, PALS y NRP, 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 liderato 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, si aplica.
- n) Evidencia de cumplimiento de vacunación, según requerido por el Departamento de Salud, incluyendo vacunas contra hepatitis, varicelas e influenza.
- 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

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 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 del Presidente de la Facultad Médica de la organización.

Sección 4. El Reglamento de la facultad 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 paciente.

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.
- k) Traslados.
- l) Cuidado médico de emergencia.
- m) Identificación de Riesgos Suicida.

- n) Servicios ambulatorios.
- o) Restricción de pacientes.
- p) Autopsias.
- q) Uso de sangre y componentes.
- r) Uso de antibióticos y fármacos.
- s) Utilización de los servicios.
- t) Donación de órganos, tejidos y ojos.
- u) Atención médica a pacientes de servicios ambulatorios
- v) Uso de abreviaturas.
- w) 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 la facultad 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 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 correcto.

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.

Artículo 6. Disponibilidad para casos de emergencia en una facultad hospitalaria

Sección 1. Toda facultad hospitalaria tendrá un médico autorizado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico y adiestramiento en (ACLS) *Advance Cardiac Support*, 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 peligre la vida y seguridad física del paciente.

Sección 2. La Facultad Médica establecerá por escrito el procedimiento que regirá el traslado de pacientes a otra facilidad en conformidad con las regulaciones estatales, federales y guías de traslado, mediante un acuerdo escrito.

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:

- 1) Orden 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, incluyendo personal que participará del traslado, suministros esenciales utilizados durante el traslado y equipo utilizado para el mismo de acuerdo al nivel de cuidado del paciente.
- 7) Un resumen del cuidado ofrecido incluyendo resultado de pruebas diagnósticas (si aplica).
- 8) Observaciones sobre la condición del paciente al momento del traslado, incluyendo signos vitales.
- 9) Nombre de la facilidad que acepta el paciente.
- 10) Nombre, especialidad y puesto del médico que acepta el traslado.
- 11) 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 paciente.

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 haya o no la obtención de algún tejido.

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 sobranje, 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) Reanimación cardiorrespiratoria.
- k) Restricción e inmovilización.
- l) Derechos del Paciente
- m) Abuso y Negligencia
- n) Orientación al paciente y a la familia
- o) Cualquier otra función establecida por la Facultad Médica

Artículo 9. Comité Ejecutivo de la Facultad Médica en una facultad de salud

El Comité Ejecutivo de la Facultad Médica es el órgano de dirección y administración de la Facultad Médica de las facultades de servicios de salud hospitalaria. Es responsable de la fase normativa de los servicios médicos dentales en la facultad, establecerá las guías de servicios médicos de acuerdo a las prácticas de la medicina moderna.

Sección 1. La organización será responsable que la institución mantenga un Comité Ejecutivo de la Facultad Médica, el cual actuará a nombre de la facultad en las recomendaciones pertinentes sobre el cuidado médico.

Sección 2. El Comité Ejecutivo de la Facultad Médica 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. Implementará 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 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, 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 facultad

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 y Dental.

Sección 3. Las reuniones de la Facultad Médica y Dental 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 3. La composición y permanencia en el puesto de cada uno de sus miembros será claramente establecida en el Reglamento de la Facultad Médica y Dental.

Sección 4. Las funciones de cada grupo de trabajo y la frecuencia de sus reuniones estarán establecidas por escrito en el Reglamento de la Facultad Médica y Dental.

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 servicio clínico estará organizado 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 sub-especialidades médica de acuerdo a sus necesidades internas.

Sección 4. El director del departamento o servicio 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 la Autoridad Ejecutiva de la Organización del hospital y/o Junta de Gobierno.

Artículo 3. Personal Médico

Sección 1. Cada departamento o servicio 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 o 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 y Dental 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 Americana.

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.

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 el personal de enfermería, profesionales de otras disciplinas, personal técnico y necesario para el funcionamiento y operación eficiente, de la prestación de servicios de salud de acuerdo con las normas aceptables sobre la distribución de personal y a las necesidades 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 el servicio estarán organizadas y equipadas de acuerdo al nivel de cuidado y edad del paciente.

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.
- 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 violación.
- l) Protocolos maltrato de menores.
- m) Protocolos de identificación de riesgos suicida.
- n) Protocolos para el manejo de pacientes con dependientes de drogas, incluyendo síndrome de retirada o sobre dosis.
- o) Protocolos de control de medicamentos.
- p) Protocolos para el uso y manejo de prescripciones médicas estandarizadas.

- q) Procedimiento para referir pacientes al sistema ambulatorio y a otros hospitales de la comunidad.
- r) Normas sobre consultas.
- s) Función de cada departamento o servicio en el plan de desastre del hospital.
- t) Descripción de los procedimientos más comunes realizados en el departamento o servicio.
- u) Criterios para el empleo de antibióticos, transfusiones y otros procedimientos afines.
- v) Plan de mejoramiento de la calidad que incluya metodología, alcance y proceso de análisis de resultados.
- w) Normas para control de infecciones del departamento o servicio.
- x) Normas para control de seguridad 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 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 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 archivo, conforme la Ley Núm. 133 del 18 de junio de 1999.

Sección 3. Personal Profesional

- a) La sala de partos contará con suficiente personal de enfermería generalista 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 éste.

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 por la Facultad Médica 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. La sala de recién nacidos estará dirigida por un pediatra especializado en neonatología, quien sea responsable del funcionamiento de la misma.
- Sección 4. Seguridad: La Organización será responsable de establecer un programa de seguridad y protección de los infantes recién nacidos que incluye medidas que contribuyan a la prevención del secuestro y robo de niños, y se adopten procedimientos para garantizar la identificación de los infantes.
- Sección 5. 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 el 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 (2) veces al año por turno de trabajo como mínimo y se mantendrá evidencia de los mismos.

Artículo 11. Programa Hard Stop

- Sección 1. La Organización proveedora de servicios de salud hospitalarios será responsable de establecer los mecanismos necesarios para garantizar la implantación de un programa dirigido hacia la prevención de la Mortalidad Infantil y Prematurez

como resultado de la tasa de inducciones de parto y cesáreas electivas.

Sección 2. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios será responsable de establecer por escrito una política *Hard Stop*, dirigida al desarrollo de mecanismos para reducir los partos electivos antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación, cónsona con las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos por la evidencia acumulada del efecto en disminuir la tasa de cesáreas, y prematuros tardíos luego de su implementación y por consecuencia una disminución en la mortalidad infantil. Esta política debe ser sistemáticamente conocida e implementada por el personal de la facilidad. La política sobre *Hard Stop*, será debidamente divulgada en la institución hospitalaria y deberá estar visible y accesible en todas las salas de la institución que brinden servicio a mujeres embarazadas (partos, operaciones, cuidado maternal, postparto, y recuperación).

Sección 3. La Organización será responsable de la implementación sistemática y divulgación a todo su personal sobre la política organizacional establecida del *Hard Stop* y los mecanismos para la reducción y eliminación de partos electivos antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación.

Sección 4. La Organización será responsable que las políticas sobre *Hard Stop* para la reducción y eliminación de partos electivos antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación, sea debidamente divulgada y accesible a toda mujer embarazada que reciba servicios en las facilidades hospitalarias. La política sobre *Hard Stop* deberá estar visible y accesible en todas las salas de la institución que brinden servicio a mujeres embarazadas (partos, operaciones, cuidado maternal, postparto, y recuperación).

Sección 5. La Organización proveerá información en las unidades de servicio a mujeres embarazadas, a través de cartelones, material impreso y opúsculos de orientación.

Sección 6. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios será responsable de desarrollar e implementar protocolos de *Hard Stop* de acuerdo a los criterios de ACOG y *Joint Commission* para evaluar y justificar una inducción electiva del parto antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación.

Sección 7. El protocolo incluirá la lista de cotejo para la seguridad de la paciente publicada por ACOG, la cual deberá ser incorporada como parte del expediente de salud de la madre.

Sección 8. La mujer embarazada que interese ser sometida a inducción electiva antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación, deberá expresar su consentimiento a dicha inducción por escrito y luego de ser debidamente informada de todos los riesgos y perjuicios a los cuales se estará sometiendo ella y su recién nacido.

Sección 9. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios, será responsable de radicar un informe sobre el cumplimiento del programa de *Hard Stop* anualmente, ante la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Dicho informe detallará el número de mujeres admitidas para inducción de parto electivo antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación, el número de éstas que estaba médicamente indicada y en cuantas semanas se detuvo el proceso. La Organización mantendrá evidencia de haber cumplido con las estipulaciones de *Hard Stop*, según dispuesto en este Reglamento y regulaciones vigentes.

Sección 10. El Programa de Mejoramiento de Calidad de la Institución Hospitalaria será responsable de diseñar e implementar procesos de evaluación continua del cumplimiento de las políticas para la reducción y eliminación de partos electivos antes de las treinta y nueve (39) semanas de gestación.

Artículo 12. Programa de Lactancia Natural y Acompañamiento de la Madre y el Recién Nacido

Sección 1. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios será responsable de establecer los mecanismos necesarios para garantizar la lactancia natural adoptando los diez pasos hacia una lactancia exitosa según recomendados por la Organización Mundial de la Salud, las leyes aplicables para el acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y post-parto y la ley para prohibir el suministro de sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos.

Sección 2. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios será responsable de establecer por escrito una política relativa a lactancia la cual sistemáticamente será conocida e implementada por el personal de la facilidad. La política sobre lactancia será debidamente divulgada en la institución hospitalaria y deberá estar visible y accesible en todas las salas de la institución que brinden servicio a mujeres embarazadas (partos, operaciones, cuidado maternal, postparto, y recuperación).

Sección 3. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario será responsable de asistir a las madres en el proceso de iniciar la lactancia, durante la primera hora (o menos) siguiente al parto, en caso de parto normal y con un recién nacido a término, que no presente problemas de salud.

Sección 4. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario establecerá políticas para la eliminación y prohibición del suministro de sucedáneos de la leche materna, suero glucosado, agua o cualquier otro alimento o bebida que sustituya la leche maternas, sin previa autorización escrita o consentimiento expreso escrito de la madre, padre o tutor del recién nacidos en los centros de servicio de maternidad, incluyendo salas de parto, salas de preparación o recuperación obstétrica a cualquier lugar en donde se atiendan a mujeres durante el proceso alumbramiento o posparto, y salas de recién nacidos.

Sección 5. La madre que interese que se les suministre a los neonatos sucedáneos de leche materna, deberá expresar su consentimiento a dicho suministro por escrito en cualquier momento posterior al parto y luego de ser debidamente informada de todos los riesgos de suministrar otro alimento en sustitución de la leche materna, los beneficios de los cuales se privaría el recién nacido al no recibir exclusivamente leche materna y el efecto limitante en el establecimiento de la lactancia.

Sección 6. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario garantizará que toda mujer post-parto tenga el derecho a tener a su hijo o hija en su habitación o cohabitación durante la permanencia en el hospital, siempre y cuando el recién nacido no requiera de cuidados especiales, la madre no tenga contraindicaciones médicas; y se cumpla con las disposiciones de la Ley Núm. 133 del 18 de junio de 1999.

Sección 7. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario, establecerá políticas para la eliminación y prohibición del uso de mamadera, chupete o bobos para los recién nacidos. No se entregarán mamaderas o bobos a ningún recién nacido.

Sección 8. La organización proveedora de servicios de salud hospitalarios, desarrollará mecanismos dirigidos a promover el contacto efectivo con grupos de apoyo a la lactancia natural disponibles. Para ello proveeré a las madres la información necesaria para que se ponga en contacto con grupos de apoyo en su comunidad a su salida de la institución hospitalaria.

Sección 9. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario, establecerá políticas de referido para la madre y el recién nacido para seguimiento médico y apoyo a la lactancia. Las políticas deberán establecer el referido de la madre para

seguimiento médico y apoyo de lactancia natural en un periodo no mayor de cinco (5) días luego de un parto vaginal o a los siete (7) días luego de una cesárea, al momento de su salida de la institución hospitalaria.

Sección 10. La organización proveedora de servicios de salud hospitalario no proveerá ni promoverá entre las madres lactantes promoción que contenga muestras de formula maternizada o cupones de descuentos para la compra de estas fórmulas.

Sección 11. La organización proveedora de servicios de salud hospitalaria, será responsable de incorporar como parte del expediente de salud de la madre y el recién nacido la documentación necesaria para la implementación del programa. Se requerirá que el expediente de salud se documente que la madre recibió:

- a) Hoja de orientación de la madre, padre o tutor sobre la lactancia y alojamiento en conjunto, y el contacto piel a piel.
- b) Hoja de consentimiento informado sobre suministro de sucedáneos de leche materna.
- c) Hoja con la información necesaria para que contacten los grupos de apoyo en su comunidad a su salida de la institución hospitalaria.
- d) Hoja de referido a seguimiento.
- e) Hoja para procedimiento o mecanismo de radicación de querellas ante la S.A.R.A.F.S., según dispuesto en este Reglamento, leyes estatales, federales o incumplimiento con las directrices del Departamento de Salud para la lactancia materna natural y acoplamiento.

Sección 12. La organización proveedora de servicios de salud hospitalaria establecerá mecanismos para garantizar que todo el personal de la institución esté debidamente capacitado sobre la política de la lactancia y fomentar la implementación de la misma. Todo el personal que brinde servicios a madres e infantes en el periodo posparto deberá ser capacitado, como mínimo cada tres (3) años con tres (3) horas contactos de educación en la iniciación y apoyo de lactancia efectiva.

Sección 13. La organización proveedora de servicios de salud hospitalaria, incorporará como parte del proceso de orientación del personal de nuevo reclutamiento, la orientación sobre las políticas de lactancia y acompañamiento. Todo el personal de nuevo reclutamiento para brindar servicios a madres e infantes en el periodo posparto deberá ser capacitado en la iniciación y apoyo de lactancia efectiva.

Sección 14. La organización proveedora de servicios de salud hospitalaria, radicará anualmente un informe sobre el cumplimiento del Programa de Lactancia Materna y Acompañamiento. El informe será sometido los días treinta (30) de diciembre de cada año, ante la S.A.R.A.F.S. del Departamento de Salud de Puerto Rico. La Organización mantendrá evidencia de haber cumplido con las estipulaciones de lactancia natural, según dispuesto en este Reglamento y regulaciones vigentes.

Artículo 13. Servicio de Medicina Hiperbárica

Los servicios de medicina hiperbárica proveerán tratamiento de oxígeno hiperbárico a condiciones médicas como aquellas producidas por la hipoxia e infección de tejidos en heridas con problemas de cicatrización y una multiplicidad de otras enfermedades y condiciones médicas.

Sección 1. El Servicio de Medicina Hiperbárica 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 del servicio.

Sección 3. El Director del Departamento o Servicio 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 la Autoridad Ejecutiva de la Organización del hospital y/o Junta de Gobierno.

Sección 4. Personal Médico: El Servicio de Medicina Hiperbárica contará los médicos especialistas necesarios para la atención de los pacientes de acuerdo a la naturaleza de la complejidad de su condición.

Sección 4. El personal médico que ofrece servicios estará autorizado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico para ejercer libremente la práctica de la medicina y la medicina hiperbárica.

Sección 5. 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.

Sección 6. Personal: El Servicio de Medicina Hiperbárica contará con el personal necesario para cubrir las necesidades de los pacientes admitidos al servicio.

Sección 3. El plan de dotación de personal para el servicio incluirá personal de enfermería especialistas y generalista, personal técnico y cualquier otro personal necesario para el funcionamiento y operación.

Sección 4. Facilidades Físicas: La organización debe proveer para el acomodo, libre de todo riesgo, de los pacientes que acudan a requerir tratamiento y servicios. En todo momento se garantizará la seguridad y privacidad del paciente.

Sección 5. Manual de Normas y Procedimientos: El Servicio de Medicina Hiperbárica contará con un Manual de Normas y Procedimientos actualizados anualmente.

Sección 6. El Manual de Normas y Procedimientos será preparado por el Director del Servicio y aprobado por el Director Ejecutivo de la Organización. 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 del servicio y de la organización.
- d) Las funciones del personal.
- e) Normas de admisión, seguimiento y alta de los pacientes.
- f) Normas para la elaboración del expediente de salud del paciente.
- g) Protocolos de control de medicamentos.
- h) Normas sobre consultas.
- i) Función del servicio en el plan de desastre del hospital.
- j) Descripción de los procedimientos más comunes realizados en el departamento

o el servicio.

- k) Plan de mejoramiento de la calidad que incluya metodología, alcance y proceso de análisis de resultados.
- l) Normas para control de infecciones del servicio.
- m) Normas para control de seguridad del servicio.

Artículo 14. Unidades especiales

Sección 1. El departamento o servicio clínico podrá organizar unidades especializadas, incluyendo intensivos, diálisis, entre otras, 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 y cumplirá con todas las regulaciones dispuestas en este Reglamento y regulaciones aplicables al servicio especializado.

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 para vigilar el cumplimiento de los requerimientos de documentación del expediente de salud y de la correcta 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 cualitativa y cuantitativa del servicio médico prestado al paciente. Se requiere el establecimiento de un servicio responsable en la administración, almacenamiento, conservación y manejo de los expedientes de salud ya sea en forma electrónica, papel o sistema híbrido.

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 Procedimientos 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 anualmente, 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 (*Registered Health Information Administrator, 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 Salud.

Sección 2. Facilidades hospitalarias que operen veinticinco (25) camas o menos, los servicios pueden estar supervisados por un Técnico de Información de Salud Certificado (Registered Health Information Technician, 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 Administración de Información de Salud deben 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 y electrónica de los expedientes de salud y del personal

Sección 4. Deberá tener 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. Las áreas de almacén o archivo de expedientes en papel deberán conservar una temperatura entre los 65 a 78 °F y entre 30 a 60 grados de humedad relativa. Se mantendrá un registro de temperatura y humedad diaria del área.

Sección 6. 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 7. Cada facilidad debe proveer el espacio para el archivo de expedientes de salud activo e inactivo y el medio de almacenaje para los expedientes de salud sea papel, disco, cintas o sistema electrónico en cumplimiento con las Regulaciones de la Ley HIPAA.

Sección 8. Si la facilidad mantiene un área de almacenamiento de expedientes inactivos fuera de las facilidades del Servicio de Información de Salud, garantizará que el área cumpla con todos los requerimientos de iluminación, temperatura y humedad según dispuesto en este Reglamento.

Sección 9. El Servicio de Información de Salud debe tener suficiente equipo para permitirle al personal realizar sus funciones con efectividad, manteniendo la seguridad de los expedientes de salud de la institución.

Artículo 5. Expediente de Salud

Sección 1. Toda organización de servicios de salud preparará y mantendrá un expediente de salud por cada paciente evaluado y tratado, ya sea 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 facilitará la documentación y uso de la información de salud por el personal autorizado a revisar y a hacer entradas en el mismo.
- Sección 8. Si bien el expediente clínico se conserva para beneficio del paciente, médico, profesional de la salud y de la institución, éste es propiedad de la facultad; el original o record electrónico no podrá ser sacado de la misma, 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 facultad 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 permita el establecimiento de un sistema único de expediente de salud, se establecerá un sistema de transferencia de información intrainstitucional que incluirá; resumen del caso; informe de operación; informe de tejido, y cualquier otra información pertinente.
- Sección 11. La información transferida intrainstitucional 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, 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 administrarse, posibles riesgos, nombre del médico que la administrará y le explica 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 completo 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 facultad sin consentimiento médico, servicios médicos a menores y servicios prenatales y post natales para menores, incluyendo servicios para sus hijos, 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 informado para privacidad, tratamiento y para los procedimientos que se ofrezcan al paciente en cualquier unidad de servicio de la facultad. 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 facultad 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 claro 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. La Organización considerará 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 fecha de nacimiento, 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, estimado de riesgos de conducta suicida, 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 o una enfermera generalista o especialista.

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. La Organización podrá establecer en sus políticas aceptar del examen físico, siempre que este sea claro 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 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 realizó examen y la contrafirma siempre que el examen no sea realizado por el médico de cabecera del paciente o enfermera generalista o especialista con adiestramiento o educación en examen físico avanzado.

Artículo 10. Órdenes Médicas de Tratamiento y Diagnóstico

Sección 1. Las órdenes 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 facilidad. Estas órdenes tendrán la fecha y la hora en que fueron dictada, la firma, el título y número de licencia de la persona que las tomó y las 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 o telefónicas 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 facilidad, 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 tiene 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 de forma manual o electrónica, licencias y título del profesional.
- Sección 7. Notas subsiguientes, 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, firma ya sea 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 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 no dejen espacios en blanco para prevenir que se intercale información fuera de secuencia.
- Sección 10. Se requerirá como mínimo una nota de 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 y licencia del personal de enfermería generalista 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 del enfermero generalista o asociado que redacta la nota.
- Sección 6. La documentación del servicio de enfermería, incluirá observaciones con relación a: 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 Supervisor de turno de la institución, la fecha, hora, persona o proveedor de servicios funerales 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 requieren 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 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 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 o valores de pánico 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. Excepto en casos de emergencia, ésta evaluación se hará por el médico anestesiólogo o por el cirujano oral, por lo menos veinticuatro (24) horas antes de la cirugía.

Sección 2. 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 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, anestesiólogo 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 manual o electrónica del anestesiólogo.

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 manual o electrónica del cirujano que hace la operación.

Sección 4. El expediente de salud debe incluir el sello o *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 anestesiólogo que será documentada en una nota de progreso post anestesia, donde se documentará la condición del paciente y las complicaciones, si las hubo alguna.

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 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 enfermedades, 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.

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 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, disposición del caso, educación e instrucciones al paciente y lista de problemas.

Sección 5. La lista 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, seguridad, privacidad y normas de documentación que el expediente de 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 del 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, órdenes 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 manual o electrónica del médico que lo atendió, la hora y fecha en que el paciente abandona 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 aplicará 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 documentará 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, provea 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 información 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.
- 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 cumpla con los requerimientos legales, regulaciones y políticas institucionales aplicables.
- c) El expediente electrónico de salud facilitará el acceso a la documentación original, permitiendo se realicen enmiendas en caso de ser necesario, eliminando la duplicidad y documentación irrelevante y excesiva.
- d) La organización garantizará que el expediente electrónico de salud facilitará la documentación de información en el momento o inmediatamente después del evento, proveyendo programación automática que asegure 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 el 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 adiestrado. Se mantendrá evidencia de estos adiestramientos como parte del programa de desarrollo del 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 restrinja 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, el uso de 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 establecer medidas para la cumplimentación del expediente 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 archivar.
- 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 documentar 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 y 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 facilidad; y con un sólo significado para estas abreviaturas y signos.

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.

Sección 1. Confidencialidad y Disponibilidad

- a) La organización de servicio 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 relacionada a la paciente, obtenida mediante la 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, 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 sicosocial, no podrá sacarse de la institución, excepto mediante una orden de un Tribunal Justicia, supoena o el Departamento de Salud.
- 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 llevado en persona por el profesional del Servicio 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 fue requerido.
- m) Si el Tribunal ordenaré 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 una vez el Tribunal lo autorice.
- 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. En estos casos, 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 requieran las leyes federales y estatales.

- b) El expediente de salud o sicosocial, no será transferido 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 del Servicio de Información de Salud, será el custodio de todos los expedientes de salud y registros de información de salud que se generan 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 *Summary List*
- 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. El proceso de 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 conservarán hasta que el menor cumpla los veintidós (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 período 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 diez (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) Sera 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 S.A.R.A.F.S. 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 del 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 presentar 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 Gobierno 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 que 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, los últimos cuatro números del 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 cinco (5) años.

Sección 4.

Registros: Los registros deberán incluir una lista en orden cronológico de los eventos que ocurran 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, los últimos cuatro números del 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 y número de expediente de salud, sexo, edad, fecha de admisión y de alta, sitio o lugar de servicio donde 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 BIB, número de expediente de salud, los últimos cuatro números del 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 rehúso tratamiento, anotación de si la Sala de Emergencia rehúso 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 uno caso, se utilizará secuencia numérica comenzando con el número uno 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 excluirá las divulgaciones individuales, para tratamiento, pagos, y operaciones de la entidad cubierta, 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 abril de 2003.

Artículo 31. Informes Estadísticos

La organización de salud deberá rendir informes estadísticos necesarios y especiales, para proveer información a las agencias del Gobierno 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. Del 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 las estadísticas que deben mantener en el Servicio de Administración de Información, que estén disponibles y sean tramitadas anualmente o según requerido por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico utilizando los medios de transmisión requeridos:

- a) Total de camas autorizadas por licencia.
- b) Total de camas en uso.
- c) Total de camas de pediátrica.
- d) Total de *bassinets*.
- e) Por ciento de ocupación.
- f) Estadía promedio.
- g) Total de admisiones.
- h) Total de altas.
- i) Total de muertes.
 - 1) Muertes ocurridas antes de las cuarenta y ocho (48) horas
 - 2) Muertes ocurridas después de cuarenta (48) horas
 - 3) Muertes 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 de recién nacidos.
 - 1) Recién nacidos a término
 - 2) Recién nacidos prematuros
- o) Total de natimueertos.
- p) Total de partos naturales y cesáreas.
- q) Total de abortos.
- r) Total de infecciones registradas incluyendo:
 - 1) Post-operatorias.
 - 2) Total de casos de infección nosocomial del torrente sanguíneo por MRSA.
 - 3) Total de casos de infección nosocomial por *Clostridium difficile*.
 - 4) Total de casos de infección nosocomial por enterococo resistente a la vancomicina y el total de días de hospitalización.
 - 5) Total de infecciones del torrente sanguíneo asociadas con la línea o catéter central y los días de la línea central.
 - 6) Total de infección nosocomial en el lugar de cirugía de órganos o espacio profundo, infecciones nosocomiales de lugares de cirugía ortopédica, de cirugía cardíaca y de cirugía gastrointestinal, designada como limpia y limpia-contaminada, y el total de cirugías en órganos o espacio profundo y cirugías ortopédicas, cardíacas y gastrointestinales, designadas limpias y limpias-contaminadas.
- 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 de casos atendidos con conducta suicida, intento suicida y suicidio consumado por grupo de edad y género.
- w) 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
- x) Cualquier otra estadística requerida por el Departamento de Salud o el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

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 inspectores 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 servicios 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, mejorar la 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.

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 realiza.
- 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, su custodio o representante legal será responsable de firmar la declaración escrita del paciente.

- 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 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 accesada 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 video o 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 utilizará criptografía, para asegurar la integridad de la transmisión.

Sección 3. Se aplicarán 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.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El director del Programa de Mejoramiento de Calidad será un profesional en el campo de la salud, preferiblemente un enfermero especialista con grado de Maestría en Enfermería, 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 facilidad 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 la organización que ofrece servicios de salud a nivel hospitalario, se realizará 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 los aspectos mandatorios del cuidado, según el tratamiento brindado. La organización será responsable de evaluar los siguientes aspectos que se enumeran a continuación, entre otros:

- 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 componentes.
- 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) Identificación del paciente.
- i) Reporte de Valores Críticos de pruebas diagnósticas.
- j) Procedimientos operatorios invasivos y no invasivos.
- k) Eventos clínicos no esperados o relacionados al manejo de riesgo.
- l) Uso adecuado de medicamentos.
- m) Actividades de utilización adecuada de los servicios.
- n) Resultados de autopsias.
- o) Actividades de control de calidad, según les aplique a los departamentos servicios concernidos.
- p) Infecciones nosocomiales y vigilancia para el control de infecciones.
- q) Adecuación del cuidado médico y quirúrgico.
- r) 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 llevará a cabo y documentará 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, sin limitarse:

- a) Definición de Calidad y marco conceptual.
- b) Visión de la organización de servicios de salud.
- c) Misión de la organización de servicios de salud.
- d) Misión del programa.
- e) Filosofía del programa.
- f) Metas y objetivos del programa.
- g) Alcance del programa.
- h) Estrategias de organización.
- i) Deberes o funciones del personal.

- j) Mecanismos de coordinación.
- k) Métodos de Comunicación de las actividades de Mejoramiento de la Calidad.
- l) Métodos de vigilancia y evaluación.
- m) Sistema de diseño y validación de Indicadores e instrumentos de medición cuantitativa y cualitativa.
- n) Equipos de Calidad.
- o) Herramientas estadísticas y no estadísticas.
- p) Métodos para la solución de los problemas.
- q) Normas específicas para el desarrollo de las actividades de estimado y evaluación.
- r) Responsabilidades de los departamentos y servicios.
- s) Mecanismos de enlace con las actividades de manejo de riesgo y utilización del servicio.
- t) Mecanismos utilizados para vigilar el progreso de la solución o nivel de solución a los problemas detectados.
- u) Políticas de Eventos Centinelas.
- v) Políticas para el manejo y resolución de reclamaciones y querrelas de pacientes o familiares.
- w) Procesos de alto riesgo y herramienta *Failure Modes and Effects Analysis*.
- x) Confidencialidad de la información recopilada durante el proceso evaluativo.
- y) Formularios usados para evaluar, analizar los datos y la documentación del proceso evaluativo. Si el proceso es electrónico descripción de la aplicación utilizada.
- z) Normas específicas para el establecimiento de prioridades en las actividades de mejoramiento y para el desarrollo de las actividades de estimado y evaluación.
- aa) Plan de Evaluación anual de mejoramiento de la calidad, incluyendo monitoreo, recopilación y análisis de datos.

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, incluyendo revisiones de pares, evaluaciones de calidad, manejo de riesgo o control de infecciones.

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.

Sección 3. Los documentos objeto de estos procesos no podrán ser divulgados y es la política pública promover la auto evaluación y documentación de incidentes para el mejoramiento de la calidad de las instituciones por lo que no pueden ser objeto de divulgación para otros fines que no sea la auto evaluación y gestión de calidad.

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, complementado 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 un solo paciente, este, 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 deberá incluir, pero no limitarse a:

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

17. 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 de 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 ciencia de la enfermería con rol administrativo 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.

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 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 (“Staffing Pattern”)

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, en los distintos turnos de trabajo.

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 revisado cada 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 de enfermería.
- 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 del 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 para pacientes Adultos o Pediátricos.
- 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 limpiezas-higiene-Control de Infecciones.

e) Control de visitas y control de personal no autorizado.

f) Integración de servicios.

g) Supervisión y responsabilidades.

h) Protocolo para la identificación y manejo de conducta suicida.

i) 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 Procedimientos 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, las leyes y reglamentos vigentes.

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 establece las necesidades individuales del paciente relacionadas a su condición, la etapa de crecimiento y desarrollo y los factores físicos, sicosociales, ambiental, 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.

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 a:
 - 1. Adiestramientos compulsorios.
 - 2. Adiestramientos relacionados al área de servicio que esté asignada.
 - 3. Desarrollo de líderes.
 - 4. 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 formarán parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Organización.
- c) Todas las actividades de evaluación serán debidamente documentadas y sometidas al Programa de Mejoramiento de la Calidad 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 servicio 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 cumplimiento 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 registrará por las normas de educación médica.

Artículo 4. Personal Profesional y Técnico

- Sección 1. La organización contará con un personal de enfermería generalista y técnico quirúrgicos, certificados por una institución académica acreditada por el Consejo de Educación Superior, 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 en anestesia necesaria para cubrir el servicio de anestesia, sala de operaciones y sala de recuperación.
- Sección 3. Enfermeras(os) Anestelistas
- 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) Los servicios de anestesia contarán, con un enfermero anestesista por cada sala de operaciones en funcionamiento en cada turno.
 - c) 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 Enfermería de Puerto Rico.

- d) El personal de enfermería anestésista estará bajo la supervisión de una(o) enfermera(o) anestésista con experiencia o educación en la supervisión de personal.
- e) Si la organización ofrece sus facilidades como taller de adiestramiento de enfermeras anestésistas, los estudiantes estarán bajo la supervisión del servicio de anestesia.
- f) Los estudiantes no podrán ejercer sus funciones solos, sin la supervisión directa de un anestésista y/o de sus superiores.

Artículo 5. Personal de enfermería generalista 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 generalista y práctica cumplirá con los requisitos para ejercer la profesión, de acuerdo a lo establecido en este Reglamento.
- Sección 3. El personal de enfermería generalista asignado a la sala de recuperación, contará con adiestramiento adicional en cuidado básico post-anestesia de los pacientes o curso de intensivo, cuidado crítico y telemetría.
- Sección 4. El personal de enfermería práctica, cumplirá con los requisitos de la práctica de enfermería en Puerto Rico y las funciones establecidas en el reglamento de enfermería en Puerto Rico.
- Sección 5. El servicio de enfermería estará supervisado por una(o) enfermera(o) generalista o especialista con experiencia o educación en sala de operaciones. Deberá tener experiencia o educación 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 técnico médico-quirúrgico, cumplirá 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 Procedimientos, será preparado con la colaboración del director médico de anestesia o anestesiólogo, 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 (3) áreas o elaborar uno (1) 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 adversa.
- 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 operatorio inmediato y post anestesia.

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.

Sección 6. 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 las evaluaciones 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. La organización será responsable que todo el personal de sala de recuperación, reciba un adiestramiento inicial al momento de su reclutamiento y capacitación cada dos (2) años sobre la Escala de Valoración de *Aldrete* Modificada y complicaciones post quirúrgicas: síntomas y manejo, además de estar certificado en *ACLS Advance Cardiac Support*.

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 (1) 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 de todas las áreas.
- k) Manejo y almacenamiento de agentes anestésicos.
- l) Sistema de acondicionamiento de aire.
- m) Control y registro de temperatura, humedad y cultivos ambientales.
- n) Control de acceso y de circulación de personas dentro de las facilidades de sala de operaciones, sala de recuperación, sala de preparación del paciente.
- o) Claves de emergencia según Códigos Protocolo Universal para la atención de emergencias.
- p) Uso apropiado de ropa y accesorios.
- q) Medidas de seguridad radioológicas.
- 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.
- Sección 2.** Se requerirá el uso de dos (2) identificadores para cada paciente como mecanismo para prevenir errores.
- Sección 3.** Se establecerán normas y procedimientos para evitar cirugías equivocadas o en pacientes esquivados.
- 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.
 - d) Validación del procedimiento, que incluya revisión de todos los requisitos del

procedimiento invasivo durante el periodo preoperatorio o *Time Out*. 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 anesthesiólogo.

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 organización determinará 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 requisitos 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 la facultad.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El servicio de clínicas externas, estará organizado y dirigido por un médico autorizado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, para ejercer la práctica médica en Puerto Rico o una enfermera especialista con preparación en Administración 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 generalista, asociado y práctica, será asignado 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 la Autoridad Ejecutiva de la Organización 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.
- 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 facilidad.
 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. Protocolo de Identificación y Prevención de Riesgo Suicidio, que incluya cernimiento de salud mental y educación a empleados y familiares.

17. Educación a pacientes /familia.

18. Mecanismos para comunicarse con el paciente en casos de ausencias a citas y resultados de pruebas diagnósticas que requieren reevaluación o tratamiento especial.

19. Despacho de medicamentos, límites y controles.

20. Mecanismos para asegurar atención pronta y adecuada en casos de emergencia clínicas.

21. 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, 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, 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 lista de problemas.

Sección 5. La lista de problemas se iniciará en o antes de la tercera visita del paciente. Estará actualizada 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. Pacientes 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 el 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 Clínico 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 Procedimientos 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.

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 facilidad.

Sección 5. La contratación de estos servicios con entidades externas, debe incluir los 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 alterno 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 para atender el turno de trabajo durante las horas laborales, 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 provea 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.

Sección 3. Se proveerá un área de vestido para los pacientes, que garantice la privacidad durante el cambio de ropa.

Artículo 5. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director médico del servicio de radiología, 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 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) Pre-medicación 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. Esta norma 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 relocalice 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 copias 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 conservarán hasta que el paciente (menor) cumpla veintidós (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 facultad.
- 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 médico y 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 realizado por un médico o cirujano oral y maxilofacial certificado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica 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 el expediente de pacientes hospitalizado.

Artículo 7. Reuniones

Sección 1. El personal del servicio dental, se reunirá como mínimo cuatro (4) 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, serán 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 necesidades.

Sección 2. Cuando no disponga del servicio, se establecerán 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 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 de Educación Superior 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 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, proceso evaluativo
- i) Formatos de evaluación
- j) Norma de reuniones del personal
- k) Norma de orientación a empleados nuevos

l) Norma de educación en el 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 al paciente 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, entre otros.

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 (4) 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 facilidad.

Sección 3. Los resultados de las evaluaciones, serán discutidos 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 facilidad 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. Cumplimiento con las leyes y reglamentos estatales y federales

- Sección 1. La facilidad vendrá obligada a cumplir con los requisitos establecidos en la Ley Número 97 del 25 de junio de 1962, según enmendada y su Reglamento.
- Sección 2. La organización garantizará que sus servicios cumplan con las regulaciones de CLIA para el procesamiento de muestras y especímenes humanos.

Artículo 3. Servicios Contratados

- Sección 1. Todo laboratorio o banco de sangre que rinda servicios mediante contrato a una facilidad hospitalaria deberá estar debidamente licenciado por el Departamento de Salud.
- 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 provea 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 4. 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 5. Dirección y Supervisión

Sección 1. Todo servicio de laboratorio ofrecido en la facilidad deberá estar bajo la dirección y supervisión de personal cualificado, según lo dispone el Reglamento del Secretario de Salud Núm. 120 para regular el Establecimiento y Operación de los Laboratorios de Análisis Clínicos, Laboratorios de Patología Anatómica y Bancos de Sangre en Puerto Rico del 4 de agosto de 2006 y sus enmiendas.

Sección 2. Será responsable de la supervisión del personal, sistemas de control de calidad y posesos aplicables para el cumplimiento de las regulaciones estatales y federales.

Artículo 6. Personal

Sección 1. Todo servicio de laboratorio ofrecido en la facilidad, deberá estar bajo la dirección y supervisión de personal cualificado.

Sección 2. Todos los análisis clínicos deberán ser practicados y realizados directa, única y exclusivamente por personal autorizado.

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.

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, incluyendo pruebas con valores de pánico reportadas.

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, incluyendo pruebas

con valores de pánico procesadas.

- 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 emergencia.

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. Las salas de emergencias estarán rotuladas con señales visibles desde las vías de acceso principales.
- 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 establecerá 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 esté contenido en la información de orientación al público y a los pacientes.
- 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 siguientes disposiciones:
- Ley Número 35 del 28 de junio de 1994
 - Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)
- Sección 6. La organización garantizará el acceso público a los servicios de emergencia sin importar su capacidad de pago del paciente en cumpla con los requisitos EMTALA.
- Sección 7. 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 8. 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 Secundario

- a) Las salas de emergencia de Nivel Secundario, 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 Secundario, 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. El paciente que requiera cuidado de intensivo médico-quirúrgico, neonatal, pediátrico o psiquiátrico, serán referidos a los hospitales de un nivel superior.
- c) Las salas de emergencia de Nivel Secundario, funcionarán en un horario de veinticuatro (24) horas al día los trescientos sesenta y cinco (365) días al año.

Sección 3. Sala de Emergencia de Nivel Terciario

- a) Las salas de emergencia de Nivel Terciario, 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 interna, pediatría y sus subespecialidades, cirugía, cirugía pediátrica y sus subespecialidades, entre otros.
- b) Los servicios que se ofrezcan en las salas de emergencia de Nivel Terciario, tendrán que contar con los servicios de apoyo de unidades de intensivos para adulto y pediátrico.
- c) Los pacientes que requieran servicios para la atención de condiciones de emergencia de neurocirugía, cirugía cardiovascular, quemaduras, trauma, salud mental, cirugía plástica y descompresión, 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 Terciario, 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 Supra Terciario

- a) Las salas de emergencia de Nivel Supra Terciario, son aquellas salas consideradas especiales para el manejo y atención de pacientes de alto riesgo.
- b) Las salas de emergencia de Supra Terciario, 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 Supra Terciario, 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 Supra Terciario, se ofrecerán servicios terapéuticos críticos, tales como: lesión de espina dorsal, quemados, trauma, medicina hiperbárica, neurocirugía y endovascular, entre otros. Los servicios pediátricos ofrecidos en esta clasificación, incluirá manejo del paciente pediátrico críticamente enfermo o lesionado, trauma dental pediátrico, pediatría y sus subespecialidades, cirugía pediátrica, anestesia pediátrica y sus subespecialidades, quemaduras, hemodiálisis, psiquiatría pediátrica, entre otras subespecialidades pediátricas.

Artículo 3. Personal Médico

Sección 1. Sala de Emergencia de Nivel Secundario

- a) Las salas de emergencia de Nivel Secundario, 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.
- 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) Estará 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 altemos 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) Todo personal médico que labora en la Sala de Emergencia, contarán con adiestramientos en *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)*, *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*.

j) Los internos y residentes, podrán realizar labores en Sala de Emergencia, bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades.

k) Los servicios pediátricos en la Sala de Emergencia, estarán coordinados por un Médico Peditra, 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)*.

l) El Coordinador de Emergencias Pediátricas, responderá al Director de Sala de Emergencia.

m) 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) Que la Sala de Emergencia cuente con servicios de un peditra la veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana.

3) Supervisar los procesos de mejoramiento de calidad relacionados con la seguridad, lesiones, manejo clínico y prevención de infecciones

4) Participar en el desarrollo y la revisión de las políticas y procedimientos, medicamentos estándar, equipo y materiales necesarios para atender adecuadamente los pacientes pediátricos de todas las edades.

5) 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.

6) Participar en los procesos de capacitación del personal, para garantizar que el servicio de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de emergencias pediátricas.

Sección 2. Sala de Emergencia de Nivel Terciario

a) Las salas de emergencia de Nivel Terciario, 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) Estará 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 Terciario, 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 especialidades.
- 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) Todo personal médico que labora en la Sala de Emergencia, contarán con adiestramientos en *Advanced Cardiovascular Lifesupport (ACLS)*, *Pediatric Advanced Live Support (PALS)* y *Advanced Trauma LifeSupport (ATLS)*.
- k) Los internos y residentes, podrán realizar labores en Sala de Emergencia, bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades
- 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 LifeSupport (BLS) Certification*, *Pediatric Advanced Life Support (PALS)* y *Neonatal Resuscitation Program (NRP)*
- l) El Coordinador de Emergencias Pediátricas, responderá al Director de Sala de Emergencia.
- o) 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.
 - 7) Que la Sala de Emergencia cuente con servicios de un pediatra la veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana.
 - 2) Supervisar los procesos de mejoramiento de calidad 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 el servicio de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de emergencias pediátricas.

Sección 3. Sala de Emergencia de Nivel Supra Terciario

- a) Las salas de emergencia de Nivel Supra Terciario, 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. Estará 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, en las salas de emergencia pediátrica, serán cubiertos por pediatras y/o emergenciólogos pediátricos.
- d) Identificará recursos médicos alternos para cubrir el servicio en casos de ausencias del médico asignado.
- e) Contarán con los médicos subspecialistas 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 Supra Terciario, 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 especialidades.
- 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) Todo personal médico que labora en la Sala de Emergencia, contarán con adiestramientos en *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)*, *Pediatric*

Advanced Life Support (PALS) y Advanced Trauma Life Support (ATLS).

- k) Los internos y residentes de especialidades médicos y quirúrgicos, podrán realizar labores en la Sala de Emergencia bajo la supervisión de médicos especialistas en las respectivas especialidades.
- 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 Life Support (PALS) y Neonatal Resuscitation Program (NRP)*.
- m) El Coordinador de Emergencias Pediátricas, responderá al Director de Sala de Emergencia.
- n) 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) Que la Sala de Emergencia cuente con servicios de un pediatra la veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana.
 - 3) Supervisar los procesos de mejoramiento de calidad relacionados con la seguridad, lesiones, manejo clínico y prevención de infecciones.
 - 4) Participar en el desarrollo y la revisión de las políticas y procedimientos, medicamentos estándar, equipo y materiales necesarios para atender adecuadamente los pacientes pediátricos de todas las edades.
 - 5) 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.
 - 6) Participar en los procesos de capacitación del personal para garantizar que el servicio de emergencia cuente con el personal adiestrado en el manejo de emergencias pediátricas.

Artículo 4. Personal de Enfermería

- Sección 1. El servicio de Sala de Emergencia, contará con suficiente personal de enfermería generalista 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 Licenciada de Puerto Rico.
- 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 generalista 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 y certificada en *ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)* y *ATLS (Advanced Trauma Life Support)*.

Sección 5. Los servicios de emergencia pediátrica serán supervisados y coordinados por un enfermero generalista 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, incluyendo emergencias pediátricas, identificación y prevención de riesgos suicida, entre otros.

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. Equipos, 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 prestación 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 reanimación 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 adultas 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. Mascárrillas con válvulas.
 7. Marcapaso externo temporero.
 8. Suministros e instrumentos para lavado peritoneal.
 9. Suministros para lavado gástrico.
 10. Equipo para estabilización espinal cervical.
 11. Chaleco *antishock* como sea indicado.
 12. Agujas intraóseas para adultos y pediátricos.
 13. Instrumentos y suministros para *Cutdown*.
 14. Suministros para la administración de intravenosa y administración de medicamentos.
 15. Monitor de presión sanguínea no invasiva.
 16. *Oxímetro* de pulso, con capacidad pediátrica.
 17. Suministro para transfusiones.
 18. Suturas para procedimientos quirúrgicos menores.
 19. Medicamentos *antiarrítmicos* y diferentes soluciones intravenosas.
- g) Instrumentos y equipo para suturar heridas.
- h) Bandejas de succión, cricotirotomía, 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 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 reanimación y los materiales deben estar localizados en bandejas o un carro de paro pediátrico, utilizando un sistema codificado por color.
- 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 un sistema de estandarización de medicamentos.
- Sección 7. El sistema de estandarización de medicamentos deberá proveer para la disponibilidad de dosis pre calculada de acuerdo al peso en kilos para los diferentes grupos de edades.
- Sección 8. La Sala de Emergencia que ofrezca cuidado de emergencia a pacientes entre las edades de 0 a 21 años tendrá disponible el siguiente equipo y materiales.

Requerimiento	Nivel Supra Terciario	Nivel Terciario	Nivel Secundario
Equipo de comunicación con emergencias médicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carro de paro organizado utilizando el sistema codificado por color	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hoja de medicamentos de emergencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cinta y/o sistema codificado por color	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipo / Monitorear			
Monitor cardiaco EKG / desfibrilador con capacidad pediátrica / paletas / parchos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oximetría de pulso con sensores adultos/pediátricos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuff de presión neonatal / infante, niño, adulto (brazo / muslo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Balanza de Peso en kilogramos para todas las edades y Termómetro Rectal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otoscopio, oftalmoscopio, estetoscopio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitor respiratorio/ Apnea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Monitor de Digital CO2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Monitor de presión venosa central líneas arteriales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Equipo vía aérea / ventilación			
Ventilador manual auto inflable con reservorio, con y sin “Pop off valve” tamaños: neonatal, pediátrico y adulto con mascarillas neonatales, infante, niño y adulto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sistema de administrar oxígeno con metros de flujo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mascarillas de oxígeno (estándar y non-rebreathing infante, niño y adulto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cánulas nasales (infante, niño, adulto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Catéteres de succión 6-14fr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
“Yankeurtip”	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cánulas orofaríngea (tamaño del 0 – 5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cánulas nasofaríngeas (infante, niño, adulto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tubos nasogástricos (tamaños 6-16 fr)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mangos y hojas de laringoscopio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hojas curvas – 2 y 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hojas rectas – 0,1,2 y 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tubos endotraqueales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tubos sin cuff (2.5 -5.5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tubos con cuff (3.5 -8.0)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estiletos para tubos endotraqueales (pediátrico/adulto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lubricante soluble en agua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pinzas Magill (pediátricas y adultos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tubos de traqueotomía (tamaños shiley 0-6)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo para mezclar oxígeno (blender)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Endoscopio y Broncoscopio pediátrico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ventiladores pediátricos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Máscaras laríngeas tamaños (LMA) (1, 1.5, 2, 2.5, 3, 4 y 5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipo de acceso vascular			
Tabla para estabilizar brazo (tamaños de infante, niño, adulto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Agujas tipo mariposa (19 – 25 gauge)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Catéter para accesos vasculares tamaños (16 – 24 gauge)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Agujas (18 – 27 gauge)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aguja intraósea tamaño pediátrico / adulto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Catéteres umbilicales (3.5 F y 5.0 F)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sets para administrar soluciones intravenosas con cámara	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Requerimiento	Nivel Supra Terciario	Nivel Terciario	Nivel Secundario
---------------	-----------------------	-----------------	------------------

calibrada extensión y set de infusión con habilidad de regular el ritmo y volumen de la infusión

Conectores T, extensiones y “*stopcocks*”

Soluciones intravenosas, normal salina, lactateringer, D5W + 0.45NSD5W

Catéteres centrales venosos (seldingertechnique (4 – 7 fr)

Calentador de líquidos y sangre

Kit gases arteriales

Punción lumbar infante (22 g)

Punción lumbar pediátrica (22 g)

Punción lumbar adulto (18 a 21 g)

Cateterización urinaria: Foley 8-10fr

Kit Obstétrico

Bandejas para manejo de vía aérea difícil

Cánulas supra glóticas

Kit de cricototomía de aguja y cricototomía quirúrgica

Bandeja de toracotomía

Tubos de pecho que incluyen tamaño infante 10 F – 12 F, niño 16 F – 24 F, adulto 28 F – 40 F

Equipo de resucitación / parto neonatal, debe incluir, equipo para iniciar resucitación neonatal, clamp umbilical, tijeras, pera de succión y toalla de secar.

Bandeja de medir presión intracraneal

Bandeja subdural

Bandeja traqueotomía

Bandeja para Manejo de Fracturas

Inmovilizador cervical tamaño pediátrico y adulto

Inmovilizador de extremidades

Inmovilizador de fémur tamaño pediátrico y adulto

Inmovilizador espinal, aparatos apropiados para todas las edades

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 establecidos 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 cernimiento 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. Cuidado a pacientes en coma y menores de edad no acompañados por sus tutores.
 8. Notificación al médico personal del paciente.
 9. Cuidado de los expedientes de salud.
 10. 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.
 11. Transferencia de pacientes.
 12. Expediente de salud del paciente.
 13. Medidas para el Control de Infecciones.
 14. Medidas a seguirse cuando falle el equipo de la sala.
 15. Control de visitas.
 16. Manejo y cuidado de la propiedad de los pacientes.
 17. Función de la Sala de Emergencia en el plan de desastres institucional.
 18. Uso de órdenes estándares.
 19. Circunstancias bajo las cuales los pacientes deben volver para

recibir tratamiento o resultados de pruebas diagnósticas.

20. Manejo de pacientes pediátricos, incluyendo evaluación del status de inmunización y manejo de pacientes con vacunas incompletas.
21. Pacientes muertos en la sala o que lleguen muertos a la misma (DOA).
22. Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información del paciente.
23. Orientación al paciente y familiar.
24. Procedimiento para el manejo de tratamiento de emergencia a pacientes entre las edades de 18 a 21 años o sus hijos según dispuesto por la Ley y menores embarazadas.
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 reanimaciones, 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*.

Artículo 8. 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 facilidad.

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 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 documentarán Notas de Progreso Clínico y cualquier otra documentación según el contenido del expediente de salud especificada en este Reglamento.

Artículo 9. 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 veinticuatro (24) horas del día para atender casos confirmados de agresión sexual y violencia doméstica.

Sección 5. La Organización será responsable que los casos de maltratos de menores sean atendidos con prontitud y prioridad y que aquellos casos donde se requiera evaluación forense, ésta sea completada en una Sala de Emergencia en el menor tiempo posible.

Sección 6. 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 *on call*.

Sección 7. 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 8. La organización será responsable de reportar mensualmente al Departamento de Salud todos los casos de agresión sexual y de violencia doméstica atendido.

Sección 9. 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 10. Manejo de pacientes pediátricos entre 0 a 21 años

Sección 1. La organización proveerá los recursos humanos, equipo y material necesario para atender las emergencias de pacientes entre las edades de 0 a 21 años y será responsable de:

- a) Desarrollar y coordinar las actividades de mejoramiento de la calidad relacionadas con el manejo clínico, la seguridad y la vigilancia, prevención y control de infecciones de los de pacientes.
- b) La coordinación de los traslados de pacientes a otras facilidades, cuando se requieran servicios de mayor complejidad.
- c) El desarrollo de las actividades de educación continua en manejo de emergencias pediátricas al personal médico y de enfermería.
- d) Asegurar el adiestramiento del personal de nuevo reclutamiento en el manejo de emergencias pediátricas.
- e) La evaluación de las competencias del personal relacionadas al manejo de pacientes pediátricos.
- f) La integración de los servicios de emergencia pediátrica al Plan de Desastre interno y externo para el manejo de emergencia.
- g) Desarrollar y promoverla educación a pacientes y sus familias relacionados a su condición clínica y prevención de lesiones.
- h) Promover la educación del manejo de emergencias pediátricas a proveedores externos afiliados a la Institución.

i) La disponibilidad de equipo, medicamentos, recursos humanos y cualquier otro recurso o necesidad.

j) Garantizar que la Sala de Emergencia esté preparada para ofrecer cuidado médico a los niños de todas las edades, incluyendo los niños con necesidades especiales.

k) La revisión anual de los estándares, políticas y procedimientos de emergencia pediátrica.

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 en kilogramos 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 fomentar y apoyar el cuidado centrado en la familia. En aquellos casos que, por el estado de 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, incluirán la disponibilidad de asistencia para situaciones que requieran apoyo de profesionales de salud mental y atención de problemas de índole social, además, de 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 microtecnología.

Sección 9. La Organización será responsable de garantizar que los servicios para menores víctimas de maltrato o víctimas de abuso sexual, sean atendidos con prioridad garantizando la privacidad y atención inmediata del paciente.

Sección 10. La Organización será responsable que los servicios de emergencia pediátrica, cuente con material y medicamentos para situaciones de emergencia de acuerdo a un sistema codificado por color, el cual determina el peso del paciente ayudando a la selección del equipo y medicamentos correctos. La ausencia en el uso de este sistema implica un riesgo a la seguridad y vida de los pacientes.

Sección 11. La Organización será responsable de garantizar la participación del personal en ejercicios de simulacro con víctimas en edad pediátrica anualmente.

Artículo 11. Expedientes de Salud

Sección 1. A 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 12. 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 del 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:
 1. Tratado y admitido.
 2. Estabilizado y trasladado.
 3. Dado de alta.
 4. Declarado muerto.

Sección 4. La información contenida en el registro no debe ser borrada, tachada o alterada.

Artículo 13. 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, que incluirá como mínimo los grupos de analgésicos parenterales, orales o tópicos, antibióticos orales y parenterales, anticonvulsantes, antídotos, antipiréticos, sedantes, vacunas, agentes inotrópicos, agentes vasopresores, agentes antihipertensivos y agentes bloqueadores neuromusculares no depolarizantes, para atender las emergencias presentadas.

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 14. Normas y Procedimientos

Sección 1. 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 2. El Manual será revisado cada dos (2) años o con mayor frecuencia de ser necesario.

Sección 3. Las revisiones del Manual serán aprobadas por el director médico y la autoridad ejecutiva de la organización.

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 (2) 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.

Sección 3. Estas estarán disponibles para inspección por el personal de la S.A.R.A.F.S.

CAPÍTULO XXIII SERVICIOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

La organización tendrá un servicio de nutrición y dietética organizado e integrado con otras unidades, servicios y departamento del hospital de tal forma que asegure una calidad óptima en el cuidado nutricional y en el servicio de alimento provisto.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El servicio de nutrición y dietética estará dirigido a jornada completa o tiempo parcial, por un/a nutricionista-dietista licenciado/a con experiencia que reúna y cumpla con los requisitos de las leyes estatales según se apliquen para ejercer la profesión.

Artículo 2. Contratos

Sección 1. Cuando un hospital contrate los servicios de nutrición y dietética, el contratista cumplirá con toda la legislación y reglamentación aplicable, incluyendo lo dispuesto en este Reglamento.

Artículo 3. Personal Profesional

Sección 1. La composición del personal profesional de nutricionistas y dietistas para el área clínica, responderá a las necesidades particulares de la organización considerando la magnitud de la clientela, cuidado nutricional especializado y la diversidad de los servicios que dicha facilidad ofrece a nivel hospitalario y ambulatorio.

Artículo 4. Personal profesional por contrato o consulta

Sección 1. La organización podrá contratar una especialista en nutricionista y dietética a jornada parcial con un mínimo de cuatro (4) horas diarias en horario regular de trabajo o por consulta siempre que sea evidenciada la dificultad en el

reclutamiento de la clase profesional.

Sección 2. Cuando la especialista en nutricionista y dietética provee el servicio por consulta, someterá informes por escrito a la autoridad ejecutiva de la organización concerniente a los servicios ofrecidos.

Artículo 5. Personal administrativo y técnico

Sección 1. El servicio de nutrición y dietética tendrá un número adecuado de personal competente para realizar todas las responsabilidades y funciones del servicio.

Sección 2. El personal de los servicios de nutrición y dietética será capacitado regularmente mediante adiestramientos especiales continuos.

Sección 3. Todo el personal administrativo, Trabajadores de Servicios de Alimento, Supervisores y Dietistas poseerán certificación de Inocuidad de Alimentos vigente.

Artículo 6. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director de servicio de nutrición y dietética adoptará un Manual de Normas y Procedimientos, que será aprobado por la autoridad ejecutiva de la organización.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos del servicio de nutrición y dietética será revisado por lo menos cada dos (2) años.

Artículo 7. Manual de Dietas y de Cuidado Nutricional

Sección 1. El Manual del Cuidado Nutricional será desarrollado por un especialista en nutrición y dietética en cooperación de representantes de la facultad médica, enfermería y farmacéutico.

Sección 2. Este será aprobado y revisado cada dos años y estará accesible y disponible en cada unidad de enfermería.

Sección 3. El Manual representará una selección completa de las dietas, alimentación enteral, parenteral y productos nutricionales.

Sección 4. Todas las dietas deberán de especificar el uso, características y la adecuación de las mismas.

Artículo 8. Órdenes de dieta

Sección 1. Todo paciente debe tener una orden médica prescrita u ordenada por el médico que lo admite.

Sección 2. Luego de la admisión, la orden de dieta o de productos nutricionales podrá ser cambiada por la dietista una vez ésta evalúa el historial del paciente.

Sección 3. La dietista deberá justificar la necesidad del cambio y notificar al médico de cabecera.

Sección 4. Se establecerá un mecanismo para notificar las órdenes y cambios en la alimentación y en los productos nutricionales del paciente; estas se harán por escrito a través de un sistema computarizado.

Sección 5. Las prescripciones u órdenes verbales serán aceptadas solo por el personal designado en el reglamento de la facultad médica.

Sección 6. La evidencia para la prescripción se documentará antes de ser administrada la alimentación al paciente.

Artículo 9. Sistema para identificar bandejas

- Sección 1. Se establecerá un sistema para identificar cada una de las bandejas de los pacientes.
- Sección 2. Este incluirá: la unidad clínica, el número de habitación, número de expediente, nombre y dos apellidos del paciente, orden de alimentación. La identificación se mantendrá confidencial.
- Sección 3. Se establecerá un sistema seguro para rotular la alimentación, enteral y parenteral de los pacientes.

Artículo 10. Menús

- Sección 1. Se desarrollarán ciclos de menús para dietas regulares terapéuticas y modificadas, por lo menos con dos (2) semanas de antelación aprobados y revisados anualmente por una especialista en nutrición y dietéticas.
- Sección 2. Los menús serán analizados nutricionalmente y deberán cumplir con las normas *Recommended Dietary Allowance de la Food and Nutrition Board of the National Research Council of the National Academy of Sciences*.
- Sección 3. Los menús proveerán suficiente variedad de alimentos y se servirá un menú diferente cada día.

Artículo 11. Cuidado Nutricional

- Sección 1. El especialista en nutrición y dietéticas documentará el cuidado nutricional en el expediente de salud del paciente que presente algún riesgo nutricional.
- Sección 2. La documentación del cuidado nutricional incluirá:
- a) Cermimiento nutricional.
 - b) Evaluación nutricional inicial.
 - c) Re-evaluación nutricional.
 - d) Desarrollo de un plan para terapia nutricional.
 - e) Vigilancia de la respuesta del paciente sobre el cuidado nutricional.
 - f) Educación nutricional se proveerá mediante forma oral y escrita al paciente y/o familiares antes de ser dado de alta.
- Sección 3. De acuerdo a los resultados de un cermimiento, evaluación y una reevaluación nutricional, se establecerá e implantará un plan de terapia nutricional para todos los pacientes que estén a riesgo nutricional.
- Sección 4. La organización será responsable de determinar los criterios de riesgo nutricional:
- a) Pacientes con un riesgo actual o potencial de malnutrición.
 - b) Pacientes con alteraciones en la dieta o programas de dietas, cuya condición no esté controlada.
 - c) Pacientes con una nutrición inadecuada.
 - d) Embarazadas con complicaciones.
 - e) Paciente geriátricos sometidos a cirugía.

- f) Pacientes con nutrición enteral y parenteral.
- g) Pacientes con orden medica de no ingerir nada por boca o NPO.
- h) Pacientes inmunosuprimido.
- i) Pacientes alcohólicos.

Sección 5. La especialista en nutrición y dietética en conjunto con la facultad médica establecerán los criterios para identificar los pacientes con riesgo nutricional.

Sección 6. La organización vigilará que se establezcan protocolos para pacientes en nutrición parenteral y enteral.

Sección 7. Toda intervención nutricional se documentará en el expediente de salud del paciente indicando la fecha, hora, firma y título de profesional.

Artículo 12. Orientación en servicio

Sección 1. Todo el personal recibirá educación en servicio basada en los resultados de las evaluaciones y en las necesidades del empleado.

Sección 2. La Directora del Servicio de Nutrición y Dietética desarrollará un plan para cada una de las actividades programada.

Sección 3. El Servicios de Nutrición y Dietética y el programa de desarrollo de personal mantendrán un perfil de cada uno de los empleados de aquellas actividades asistidas.

Artículo 13. Educación a paciente y familia

Sección 1. La especialista en nutrición y dietética orientará a pacientes de alto riesgo nutricional y con dietas especiales.

Sección 2. La orientación ofrecida a los pacientes de alto riesgos se evidenciará en el expediente de salud del paciente.

Artículo 14. Evaluación del Servicio

Sección 1. El Servicio de Nutrición y Dietética mantendrá un programa regular para evaluar la calidad del servicio.

Sección 2. Los resultados de las evaluaciones se discutirán en reuniones de personal del servicio.

Sección 3. El plan de evaluación de calidad formará parte del programa evaluativo de mejoramiento de la calidad de la organización.

Sección 4. El plan de evaluación de la calidad del servicio y cuidado nutricional considerará:

- a) Vigilancia continua en la alimentación temporera de nutrición parenteral, enteral y alimentación por tubo.
- b) Vigilancia continua de pacientes que no están recibiendo ingesta adecuada de nutrientes.
- c) Re-evaluación y revisión del plan de terapia nutricional.
- d) Revisar regularmente el régimen terapéutico del paciente incluyendo la adecuacidad de los alimentos y productos de nutrición y ruta de administración.

- e) Cualquier otro aspecto requerido por regulación o por tendencia.

Artículo 15. Facilidades Físicas

En la construcción e instalación del equipo del servicio de nutrición y dietética se seguirán los requisitos de construcción aplicables en Puerto Rico.

Sección 1. Vestidores

- a) El área proveerá vestidores para el cambio del uniforme del personal que realiza funciones en el manejo o confección de alimentos.
- b) Los vestidores contarán con servicios de lavamanos, garantizando que el personal complete el lavado de manos antes de su entrada al área.
- c) La organización establecerá políticas que garanticen que los empleados utilicen vestimenta adecuada durante sus labores.
- d) Los empleados deberán hacer un cambio de ropa antes de comenzar sus labores y al concluir las mismas.
- e) La vestimenta utilizada durante las labores en las áreas, deberá ser manejada de acuerdo a los requerimientos de lavandera, para reducir los riesgos de contaminación de alimentos.

Sección 2. Almacenaje

- a) El almacenamiento de los alimentos se hará en un lugar diferente al almacenamiento de materiales y equipo de limpieza.
- b) Los alimentos se almacenarán en lugares seguros, limpios y con temperatura y humedad adecuada.
- c) Las áreas estarán rotuladas y los alimentos se clasificarán y se almacenarán de acuerdo a su naturaleza.
- d) Se mantendrán un suministro de alimentos para siete (7) días por lo menos.

Sección 3. Procesamiento de Alimentos

- a) La facilidad tendrá un área para el procesamiento de alimentos, independiente del área de almacén, incluyendo un área para la preparación de dietas especiales.
- b) El equipo será el adecuado para el servicio.
- c) Los servicios sanitarios estarán fuera del área de procesamiento de alimentos.
- d) El área y el equipo siempre se mantendrán limpios y ordenados.

Sección 4. Distribución de alimentos a pacientes

- a) La organización será responsable de establecer un horario de distribución de alimentos para los pacientes que no exceda de cinco horas entre el desayuno, el almuerzo y la cena, sin exceder más de catorce (14) horas entre la cena y el desayuno del próximo día.
- b) Los alimentos serán transportados en bandejas termos que garanticen que la temperatura de la comida sea la adecuada.
- c) La organización establecerá el sistema de distribución de alimentos para pacientes, garantizando el control de temperatura, tiempo de transporte de los

alimentos y las medidas de salubridad y control de infecciones necesarias.

- d) Si la organización utiliza el sistema de transporte de alimentos en bandejas termos, estas deben ser movilizadas en carros de *Stainless Steel*, los cuales serán limpiados con solución germicida antes y al concluir la distribución de alimentos.
- e) El personal responsable de la distribución de alimentos seguirá las normas de salubridad y control de infecciones establecidas por el CDC.
- f) Los alimentos serán entregados en la habitación del paciente y colocados en mesas de comer.
- g) La organización establecerá un proceso de recogido de bandejas de transporte de alimentos, que incluirá periodo de recogido, entrega y limpieza de carros de transporte.

Sección 5. Área para el lavado de bandejas, loza y utensilios

- a) El área de limpieza y lavado de bandejas, loza y otros utensilios será independiente de las demás áreas.
- b) El lavado de losa será efectuado con agua a una temperatura de 140° F, el enjuague y esterilización se realizará con agua a una temperatura de 180° F.

Sección 6. Salón de Fórmulas

- a) Cuando la organización procese fórmulas maternizadas para infantes y fórmulas de suplementos nutricionales para alimentaciones enterales, se mantendrá un área exclusivamente para esta función, que incluya lavamanos.
- b) La Organización será responsable de que el área donde se procesen fórmulas maternizadas para innatas y suplemento de alimentación enteral mantenga una temperatura de 60 a 70° F y una humedad entre 50 a 60%.
- c) Se mantendrá un registro de la temperatura y humedad del cuarto o salón de fórmula.

Artículo 16. Prácticas de Higiene y Saneamiento

Las facilidades físicas y el equipo del servicio de nutrición y dietética tendrán que cumplir con las leyes y reglamentos estatales de higiene y saneamiento.

Sección 1. Almacén de Alimentos secos

- a) En el área destinada al almacenamiento de materia prima, los alimentos estarán colocados a una altura mínima de doce (12) pulgadas sobre el piso, separado de la pared tres (3) pulgadas y las estibas a 18 pulgadas del techo.
- b) El local estará bien ventilado y mantendrá una temperatura de 70°F.
- c) Se llevará un registro diario de la temperatura del área.

Sección 2. Almacenaje en neveras y congeladores

- a) Los alimentos congelados se mantendrán a una temperatura de 0°F y los alimentos en la nevera mantendrán una temperatura de 40°F. Estos tienen que estar cubiertos y protegidos del frío y contaminación.
- b) Las frutas, vegetales, productos lácteos, y sobrantes se consumirán dentro de cuarenta y ocho (48) horas.

- c) Las carnes frescas, se mantendrán a una temperatura de 40°F por un tiempo limitado.
- d) Se llevará un registro diario de las temperaturas de las neveras y congeladores.
- e) Los anaqueles dentro de las neveras y congeladores deben ser de material no absorbente; no se permiten de madera.
- f) Las carnes o alimentos sobrantes deben ser debidamente rotulados con fecha, hora y firma de la persona que las empacó para ser descartadas en cuarenta y ocho (48) horas sino son utilizadas.

Sección 3. Espacio

- a) El espacio dedicado a refrigeración incluyendo congelación, será de por lo menos un pie y medio (1½) por comensal.

Sección 4. Control de insectos y roedores

- a) Se utilizará un sistema efectivo para el control de insectos y roedores, además, de tener un sistema eficiente de erradicación de los mismos.
- b) Se mantendrá un registro de fumigación.

Sección 5. Comedor

- a) Existirá un área para comedor de empleados.
- b) Nunca consumirán alimentos en las áreas destinadas a la preparación de alimentos.

Sección 6. Puertas y ventanas

- a) Toda puerta y ventana tendrá tela metálica o plástica instalada de no menos dieciséis (16') pies hilos por pulgada cuadrada.
- b) Las puertas cerrarán automáticamente.
- c) Se mantendrán sanas y libre de roturas.

Sección 7. Utensilios

- a) Todos los utensilios y alimentos preparados estarán protegidos de contaminación.

Sección 8. Materiales de limpieza

- a) Los materiales de limpieza deberán estar en un compartimiento separado y debidamente rotulado.

Sección 9. Control de acceso

- a) En todo momento el acceso a las áreas de preparación de alimentos y lavado de utensilios se limita solamente al personal autorizado.

Sección 10. Uso de guantes

- a) Se utilizará guantes desechables o utensilios como barrera para reducir el contacto directo de los alimentos que no han sido procesados a través de temperaturas sobre 160°F.

Sección 11. Temperatura

- a. Los alimentos se mantendrán en temperaturas adecuadas durante su preparación y distribución, los alimentos fríos a 40°F y los alimentos calientes a 140°F.
- b. Los alimentos colocados en el *steam table* no permanecerán más de treinta minutos (30) de antelación al horario de comienzo del servicio.
- c. Se registrará diariamente la temperatura de los alimentos antes de servirse.

Sección 12. Sistema de limpieza

- a. Se establecerá un plan de limpieza de todo el equipo y planta física del servicio de alimento.
- b. Se desarrollará un programa de limpieza semanal. Esta actividad será supervisada por la supervisora o director del servicio.
- c. Todo el servicio de alimento dispondrá de suficiente agua potable, fría y caliente, que llegará a todos los fregaderos, máquinas de fregar y lavamanos.

Artículo 17. Certificados de Salud

Sección 1. Todo empleado del servicio de alimento obtendrá un certificado de salud expedido por el Departamento de Salud.

Sección 2. La organización vigilará que todo el empleado mantenga su certificado de salud actualizado anualmente, copia de los cuales estará incluido en su expediente de salud.

Artículo 18. Control de Infecciones

Sección 1. El programa de Control de Infecciones realizará anualmente cultivos de garganta, nariz y recto a todo empleado del departamento de servicios nutricionales. Ante cualquier resultado positivo, el empleado será inmediatamente retirado de sus labores y será sometido al tratamiento correspondiente.

Sección 2. Todo empleado con síntomas de cualquier enfermedad infectocontagiosa será retirado temporariamente del área, hasta que su dolencia o enfermedad no presente peligro de contagio.

Artículo 19. Vestimenta

Sección 1. Todo empleado del servicio de alimento cambiará su ropa de calle a la entrada del servicio, utilizará ropa exclusiva para el servicio, delantales y gorro durante su permanencia en el servicio.

Artículo 20. Limpieza de Vajilla y Utensilios

Sección 1. La organización desarrollará procedimientos para el lavado y esterilización de bandejas, utensilios, vajilla, vasos y cubiertos que garanticen la seguridad al usar los mismos.

Sección 2. El proceso utilizado para lavar y esterilizar del equipo, utensilios y vajilla estará sujeto a las inspecciones por parte del personal del Departamento de Salud.

Sección 3. Los utensilios usados para servir en los casos de aislamiento serán desechables.

Sección 4. Personal del Departamento de Enfermería, dispondrá de ese material desechable usado para servir las comidas a los pacientes en las áreas de aislamiento en forma

adecuada.

Artículo 21. Temperaturas en el ciclo de lavado

- Sección 1. La temperatura aceptada será de 140°F en el ciclo de lavado y de 180°F en el enjuague y esterilización.
- Sección 2. Se mantendrá un registro diario de la temperatura de la máquina lavar bandejas.

Artículo 22. Disposición de Basura y Desperdicios

- Sección 1. La organización adoptará un sistema adecuado y eliminación de basura y desperdicios.
- Sección 2. Mientras se dispone finalmente de las mismas, se mantendrán en envases no absorbentes y a prueba de filtración, bien cerrados y de tal forma que impida la afluencia de insectos y otras sabandijas.
- Sección 3. Se ubicarán de tal manera que no sea estorbo para el personal o el público.
- Sección 4. Los desperdicios para la venta se mantendrán en neveras provistas para este fin.
- Sección 5. Se limpiarán adecuadamente las superficies de los envases después de vaciar su contenido.
- Sección 6. Si la organización mantiene contrato con alguien para alimentar animales con los desperdicios, se obtendrá la certificación de los inspectores u oficiales de saneamiento del Departamento de Salud, autorizando el uso de estos desperdicios y una certificación de que los adquiere que se usará para esos fines.

Artículo 23. Servicios Sanitarios, Vestidores y Compartimientos para Empleados

- Sección 1. El servicio de nutrición y dietética tendrá servicios sanitarios exclusivos para el uso de sus empleados tanto mujeres como varones.
- Sección 2. Los servicios sanitarios estarán localizados en un área fuera o separada de la cocina.
- Sección 3. Tendrán lavamanos con suficiente jabón, toallas desechables, agua caliente y fría.
- Sección 4. Se proveerá un área para guardar la ropa de calle de los empleados. Esta área estará provista de duchas para el aseo del personal.

Artículo 24. Prácticas de Seguridad

Sección 1. Plan de Desastre

- a) El servicio de nutrición y dietética mantendrá un plan de desastre aprobado por la administración.
- b) Mantendrán evidencia de la orientación a todo el personal sobre el plan de emergencia por desastres naturales o fuego para que sepan actuar correctamente en situaciones de esta naturaleza.

- c) Este plan formará parte integral del plan de desastre de la facilidad.

Sección 2. Puertas de Salida.

- a) Las puertas de salida estarán libres de obstáculos y abrirán hacia fuera.
- b) Las salidas de emergencia estarán rotuladas con rótulos luminosos.

Sección 3. Extintores

- a) El servicio tendrá suficientes extintores de fuego del tipo establecido para cada tipo de fuego.
- b) Todos los extintores serán inspeccionados regularmente por personal de seguridad de la facilidad.
- c) Se mantendrá un récord escrito de estas inspecciones, el cual estará disponible a los inspectores de la S.A.R.A.F.S.

Sección 4. Planta de Emergencia

- a) La planta de emergencia cubrirá el servicio de dietas sobre todo los refrigeradores y congeladores.
- b) Se mantendrá un expediente sobre la inspección y el mantenimiento preventivo de la planta de emergencia.

Artículo 25. Elevadores

1. Hasta donde sea posible y durante las horas de distribución de alimentos habrá un elevador exclusivo para ser utilizado en la distribución de los alimentos.

Artículo 26. Mantenimiento preventivo

1. La organización establecerá un plan de mantenimiento preventivo del equipo para garantizar y asegurar el funcionamiento de estos.
2. Se mantendrá un expediente de todas revisiones periódicas y las acciones estarán debidamente documentadas.

CAPÍTULO XXIV SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Toda organización de servicios de salud que ofrezca servicios farmacéuticos será responsable de cumplir con todas las leyes y reglamentos estatales y federales que regulan la práctica de farmacia y de cumplir con los cánones de la ética profesional farmacéutica. Se asegurará el máximo de uniformidad, calidad y excelencia en los servicios farmacéuticos prestados.

Artículo 1. Dirección

1. La dirección, planificación, coordinación y supervisión de los servicios farmacéuticos que se prestan en una facilidad hospitalaria será responsabilidad de un farmacéutico autorizado por la Junta Examinadora de Farmacia de Puerto Rico y colegiado por el Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico, además de estar debidamente cualificado por educación formal, adiestramiento y experiencias de trabajo.

Artículo 2. Personal Profesional

1. Cuando se opere una farmacia dentro de una organización que ofrece servicios hospitalarios, ésta estará siempre atendida personalmente por un farmacéutico autorizado por la Junta Examinadora de Farmacia de Puerto Rico, quien será el responsable del despacho e intervención clínica de las recetas y órdenes médicas conforme a las especificaciones de los médicos.

2. El director de servicio farmacéutico tendrá la asistencia del personal farmacéutico necesario, conforme al patrón de personal requerido dado el tipo de servicio, volumen y necesidades.

Sección 3. La organización de servicios de salud que ofrezca servicios hospitalarios, será responsable de reclutar los servicios necesarios de Técnicos de Farmacia autorizados a ejercer como tales por la Junta Examinadora de Farmacia de Puerto Rico, bajo la supervisión directa del farmacéutico licenciado, según lo demanden las necesidades del servicio.

Sección 4. De no contarse con los servicios de una farmacia, la organización contratará los servicios farmacéuticos de una farmacia de la comunidad que cumpla con todos los requisitos de ley y de los reglamentos que regulan la práctica de la farmacia en Puerto Rico y de este Reglamento.

Sección 5. En aquellas organizaciones donde no se cuente con los servicios de una farmacia, debe contratarse los servicios de un consultor en farmacia, quien será un farmacéutico autorizado por la Junta Examinadora de Farmacia de Puerto Rico.

- a) Éste vendrá obligado a supervisar los servicios farmacéuticos prestados con frecuencia no menor de dos (2) veces por semana dejando constancia escrita de los hallazgos señalados durante sus intervenciones en los botiquines y otras dependencias donde se almacenen o administren medicamentos.
- b) Observará que tanto los medicamentos prescritos y despachados por una farmacia autorizada como las medicinas de patente se mantengan debidamente almacenadas y rotuladas.

Artículo 3. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director de estos servicios preparará un Manual de Normas y Procedimientos que sirva de guía para la compra, almacenaje, distribución, preparación, administración y disposición de medicamentos dentro de la organización.

Sección 2. El Manual será aprobado por la facultad médica y de la autoridad ejecutiva de la organización de salud.

Sección 3. El Manual de Normas y Procedimientos incluirá:

- a) Descripción del sistema de distribución de medicamentos que ofrezca seguridad al paciente.
- b) Normas básicas para la rotulación correcta de medicamentos.
- c) Métodos de disposición y decomiso de medicamentos dañados, sobrantes *Drug Recalls*, con fecha de expiración vencida o sospechosos de no estar aptos para consumo humano, según lo estipulen las leyes regulatorias.
- d) Normas para el re-envase y re-empaque de medicamentos.
- e) Normas para el control en la distribución y manejo, despacho, preparación y administración de sustancias controladas, incluyendo remanentes e incidentes.
- f) Normas y procedimientos para vigilar la administración correcta y segura de los medicamentos, incluyendo medicamentos de alto riesgo, *look a like/sound a like* drogas peligrosas, lista de medicamentos no pueden ser triturados y medicamentos que necesitan protección e la luz.
- g) Normas para la preparación y administración de soluciones intravenosas.
- h) Normas estableciendo cualificaciones, deberes y responsabilidades dentro del servicio.
- i) Procedimiento para el desarrollo y revisión de procedimientos operacionales en la Farmacia.

- j) Normas relacionadas al paro-automático.
- k) Normas auto administración de medicamentos, incluyendo medicamentos *at bedside*.
- l) Normas y protocolos para el uso de drogas de investigación.
- m) Normas para la adquisición de medicamentos ordenados, no incluidos en el Formulario de Medicamentos.
- n) Normas sobre órdenes verbales y órdenes telefónicas.
- o) Normas para la educación y orientación al paciente.
- p) Uso de medicamentos naturales.
- q) Uso de medicamentos suministrados por la familia o el paciente.
- r) Manejo de muestras médicas.
- s) Manejo de medios de contrastes.
- t) Uso de abreviaturas para la prescripción de medicamentos.
- u) Normas de horario de administración de medicamentos.
- v) Reglamento del Comité de Farmacia y Terapéutica.
- w) Procedimiento para realizar inspecciones de farmacia en las áreas clínicas.
- x) Procedimiento para el manejo de productos que requieren refrigeración y/o congelación.
- y) Procedimiento para el manejo de escasez de medicamentos por manufacturero.
- z) Procedimiento para el manejo de medicamentos inyectables en frasco de dosis múltiples.
- aa) Procedimiento para la prescripción de medicamentos aprobados por la FDA con indicación NO autorizada en la etiqueta (*off-label use*).
- bb) Procedimiento para el manejo de reacciones adversas, errores en medicación, interacciones droga-droga, interacciones drogas-alimentos.
- cc) Procedimiento para el suplido, inspección y manejo de caros de emergencias y maletines de transporte.
- dd) Procedimiento para la composición de soluciones extemporáneas.
- ee) Plan de Mejoramiento del Desempeño Organizacional.

Artículo 4. Planta Física

Sección 1. Las facilidades físicas estarán construidas siguiendo los requisitos mínimos para la construcción y equipo en facilidades de salud aplicables en Puerto Rico.

Sección 2. La farmacia estará localizada en un lugar accesible a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la Sala de Emergencia.

Sección 3. El Departamento de Farmacia contará con facilidades físicas que permitan:

- a) Proveer medicamentos a los pacientes directamente en casos que la Organización provea servicios ambulatorios.
- b) Atender las necesidades de todos los pacientes servidos, mediante consultas.
- c) Colocar correctamente el equipo y los materiales con el fin de evitar que se confundan: las diferentes drogas, ingredientes, recetas y órdenes en estado de procesamiento, los materiales para envasar y rotular y así evitar la contaminación de éstos.
- d) Segregar, almacenar el equipo y materiales con el fin de evitar confusiones y posible contaminación de los medicamentos, materiales de re-empaque y materiales de rotulación.
- e) Confeccionar, despachar, envasar y rotular recetas y órdenes por medicamentos tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.
- f) Realizar labores administrativas.
- g) Poseer facilidades para biblioteca, archivo de récord y de información profesional necesaria.
- h) Almacenar materiales de limpieza para el mantenimiento del equipo y el local.
- i) Área de espera adecuada para paciente ambulatorio.

Sección 4. Se proveerá iluminación, ventilación y tela metálica o de material plástico, según se requiera para reducir al mínimo la contaminación por elementos microbiológicos, de polvo, humedad y temperatura durante la confección y despacho de medicamentos.

Sección 5. Se proveerán fregaderos para el lavado de las manos con agua caliente y fría.

Sección 6. Se proveerán abastecimientos adecuados de agua potable, bajo presión positiva continua, mediante un sistema de plomería libre de defectos. Los desagües serán de un tamaño adecuado con los dispositivos necesarios para evitar el reflujó.

Sección 7. Se proveerán facilidades para la disposición adecuada de la basura y de otros desperdicios generados dentro y fuera del local donde se preste el servicio farmacéutico.

Sección 8. Se dispondrá de un área aislada del resto de los medicamentos con el propósito de separar físicamente los medicamentos dañados, con fecha de expiración vencida o sospechosos de no estar aptos para consumo humano.

Artículo 5. Equipo

Sección 1. El equipo que se use para la confección, despacho, almacenaje, rotulación y distribución de medicamentos se mantendrá limpio y ordenado, además, será del diseño, tamaño, construcción y localización adecuada para que facilite la limpieza, mantenimiento y operación en la forma para la cual se ha destinado, además, de cumplir con las certificaciones requeridas por ley.

Sección 2. El equipo de almacenamiento estará construido de manera tal que pueda ser desarmado para facilitar su ajuste, limpieza y mantenimiento.

Sección 3. El equipo que se use para la preparación y confección de medicamentos será del tipo, tamaño y precisión indicado para llevar a cabo cualquier medida, peso,

rotulación y otras operaciones de procesamiento, almacenaje y distribución.

Artículo 6. Medicamentos

Sección 1. Todo medicamento aceptado por el Comité de Farmacia y Terapéutica, para el uso en la Institución Hospitalaria, deberá aparecer en el formulario del hospital.

Sección 2. Se mantendrá un inventario de medicamentos en el área de almacén, para suplir las necesidades de los pacientes, incluyendo medicamentos antiretrovirales para pacientes HIV que sean hospitalizados.

Sección 3. El farmacéutico será responsable bajo la guía y recomendación del Comité de Farmacia y Terapéutica, de cumplir con los estándares de calidad requeridos por las agencias reguladoras con relación al proceso de adquisición de medicamentos y los niveles de inventario a mantenerse.

Sección 4. Los medicamentos usados reunirán los requisitos de seguridad especificados en el National Formulary, Farmacoepa y la Administración Federal de Alimentos, Drogas y Cosméticos.

Sección 5. En caso de medicamentos genéricos estos deben ser bioequivalentes, según establecido por la US Food and Drug Administration Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations.

Sección 6. La organización mantendrá un perfil de medicamentos a pacientes tanto recluidos como ambulatorios, que pueda reflejar la terapia del paciente. Este incluirá, entre otros, nombre, edad, sexo, diagnóstico(s), número de expediente clínico, área clínica, número de habitación o cama.

Sección 7. La rotulación de medicamentos se hará de acuerdo a los requisitos de ley, los reglamentos y las especificaciones del manufacturero.

Sección 8. La etiqueta de los medicamentos re-ensados incluirán nombre genérico y de marca, dosis, número de lote, fecha de expiración y fabricante, si es uno genérico y rótulos auxiliares.

Sección 9. Las soluciones intravenosas estarán preparadas, rotuladas y distribuidas por la Farmacia haciendo uso de los métodos asepticos necesarios. La información en la etiqueta debe incluir nombre de las drogas mezcladas, fecha de vencimiento, espacio para que el personal de enfermería documente la fecha y hora de administración, frecuencia e iniciales del profesional que administra.

Sección 10. Se mantendrá en un lugar visible, un rótulo con los números de teléfono del Centro de Información de Medicamentos para beneficio del paciente, médicos y personal paramédico. Este rótulo estará disponible en distintas áreas, tales como, farmacia y Sala de Emergencia.

Sección 11. Se mantendrá un inventario de antidotos aprobados por el Comité de Farmacia y Terapeuta en farmacia, como en otras áreas determinadas por la Institución. Se mantendrá en un lugar visible, los teléfonos del Centro de Control de Envenenamiento.

Sección 12. La organización mantendrá una lista de los miembros de la facultad médica cuyos privilegios estén vigentes. La lista incluirá nombre, firma, número de licencia del médico, licencia de controlados estatal y federal y estará disponible en todo momento en la Farmacia.

Sección 13. Registros de control

- a) La organización mantendrá un sistema de requisiciones que demuestren el control de contabilidad de los medicamentos.

- b) La organización mantendrá un sistema de costos adecuados que cubra los gastos por medicamentos y otros artículos suplidos por farmacia.
- c) Se mantendrán récord vigente de la administración e inventario perpetuo de substancias controladas, de forma clara, libre de errores y alteraciones. Incluyendo un registro de remanentes, según los requerimientos establecidos por las Leyes Estatales y Federales.
- d) El departamento de farmacia mantendrá un récord de las recetas y órdenes médicas despachadas, según los requisitos de las agencias reguladoras.
- e) Los registros de control anteriormente señalados serán retenidos por el tiempo establecido según las leyes que apliquen.

Sección 14. Sistema de dispensación y despacho

- a) El sistema de distribución de medicamentos será el que garantiza un despacho seguro y eficiente de medicamentos a los pacientes y que cumpla en todo momento con las leyes y reglamentaciones aplicables.
- b) El despacho de todos los medicamentos estará supervisado por un farmacéutico licenciado según dispuesto por la Ley de Farmacia de Puerto Rico.
- c) Todo medicamento administrado en el hospital deberá estar ordenado por un miembro de la facultad médica y será despachado por el farmacéutico del hospital.

Artículo 7. Expedientes de Salud

Sección 1. El farmacéutico tendrá acceso al expediente de salud del paciente en el cual podrá documentar notas concernientes a los medicamentos prescritos al paciente.

Sección 2. La intervención debe incluir entre otras la vigilancia de efectos adversos, niveles en sangre e interacción droga-droga y droga-alimento.

Sección 3. Se procederá a notificar por escrito al médico de cabecera sobre las intervenciones del farmacéutico, previo a discontinuar cualquier medicamento.

Artículo 8. Evaluación

Sección 1. El director del servicio de farmacia establecerá un proceso de evaluación para medir la calidad del servicio, que incluya, entre otros, la evaluación de reportes de errores en medicación, reacciones adversas e interacciones de medicamentos y evaluación de los servicios contratados.

Sección 2. El plan de evaluación de calidad del servicio de la Farmacia será parte integral del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización.

Artículo 9. Reuniones del Personal

Sección 1. El personal que presta servicios farmacéuticos se reunirá como mínimo cada dos (2) meses para discutir los resultados de las evaluaciones y los problemas administrativos del servicio.

Sección 2. Estas reuniones serán evidenciadas en actas con registro de la asistencia.

Sección 3. El director de servicios farmacéuticos será responsable de mantener al personal bajo adiestramiento continuo en las distintas fases del servicio que se preste.

Sección 4. Preparará un programa de educación al personal que cubra orientación a empleados nuevos y educación en servicio basado en las necesidades del servicio y de los empleados.

Artículo 10. Inspecciones

Sección 1. Las farmacias y los servicios farmacéuticos prestados en las facilidades de salud serán inspeccionados todas las veces que sean necesarias en un año natural.

CAPÍTULO XXV SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA

El hospital organizará el servicio de terapia respiratoria, de acuerdo a las necesidades de la población a la cual sirve.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El servicio de terapia respiratoria, será dirigido por un neumólogo o un médico con experiencia en la técnica de cuidado respiratorio en una institución hospitalaria o la práctica privada.

Sección 1. El director del servicio estará autorizado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico, para ejercer la práctica de la medicina.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos del servicio indicará la autoridad, responsabilidad y las funciones del director.

Artículo 2. Personal Técnico de Cuidado Respiratorio

Sección 2. El servicio dispondrá del personal técnico necesario para satisfacer las necesidades de los pacientes en una base de veinticuatro (24) horas diarias, siete (7) días a la semana.

Sección 3. El personal Técnico de cuidado respiratorio tendrá la preparación en este servicio y será egresado de una facultad universitaria acreditada por el Consejo Superior de Educación de Puerto Rico.

Sección 4. Deberá tener licencia vigente que le autorice a ejercer como Técnico de Cuidado Respiratorio en Puerto Rico.

Artículo 3. Facilidades físicas

Sección 1. El área asignada para ofrecer el servicio, cumplirá con los requisitos mínimos aplicables a Puerto Rico, para la construcción y equipo de facilidades de salud.

Sección 2. El área será suficiente para limpiar, desinfectar, esterilizar y almacenar adecuadamente el material y el equipo de terapia.

Artículo 4. Equipo mínimo necesario

Sección 1. El servicio de terapia respiratoria tendrá disponible el siguiente equipo mínimo:

- a) Respiradores de volumen y presión.
- b) Analizadores de oxígeno.
- c) Espirómetro.
- d) Equipo para resucitación cardiopulmonar.

Sección 2. Este equipo será calibrado e inspeccionado de acuerdo al programa de mantenimiento preventivo de la organización.

Sección 3. Los ventiladores se mantendrán con el sistema de alarma en funcionamiento todo el tiempo.

Artículo 5. Seguridad en el uso de gases

Sección 1. Cuando se administran gases a presión, se evaluará la presión de salida para garantizar que ésta sale a la presión requerida.

Sección 2. La organización llevará un registro de cada intervención que se realice en el manejo de gases.

Sección 3. La organización llevará un registro de la temperatura a la que sale el gas de cada dispositivo.

Artículo 6. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El servicio de terapia respiratoria redactará un Manual de Normas y Procedimientos, el cual será aprobado por el director médico y por la autoridad ejecutiva de la organización.

Sección 2. El Manual de Normas y Procedimientos del servicio de terapia respiratoria será revisado cada dos (2) años.

Sección 3. El Manual incluirá información sobre:

- a) Organización del servicio.
- b) Funciones de los Técnicos de Cuidado Respiratorio.
- c) Normas sobre procedimientos especiales, quien los realizará y bajo qué grado de supervisión.
- d) Normas y procedimientos para el control de infecciones.
- e) Normas de seguridad en el área y en las áreas donde se utilice o se almacene oxígeno.
- f) Aviso de uso de oxígeno.
- g) Almacenamiento de tanques de oxígeno en los departamentos clínicos.
- h) Procedimiento para reacciones adversas a tratamientos.
- i) Adquisición, almacenamiento y uso de gases terapéuticos.
- j) Órdenes de tratamiento.
- k) Frecuencia de tratamiento.
- l) Paro automático de tratamientos.
- m) Programa de educación a pacientes.
- n) Programa de educación en servicio al personal.
- o) Evaluación del servicio.

Artículo 7. Gases arteriales

Sección 1. De realizar el análisis de gases arteriales en el Departamento de Terapia Respiratoria, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento del Departamento de Salud Número 120 de 4 de agosto de 2006 y la Ley 97 de junio de 1962, según enmendada

Artículo 8. Expediente de Salud

Sección 1. El director del servicio de terapia respiratoria desarrollará los formularios necesarios para su servicio.

Sección 2. Los formularios serán aprobados por la facultad médica y por el servicio de Administración de Información de Salud o Comité de Expedientes de Salud.

Sección 3. Todo tratamiento de terapia respiratoria será ordenado por un médico, miembro de la facultad médica de la facultad. La orden médica indicará el tipo, frecuencia en términos de veinticuatro (24) horas y duración de la terapia, medicamento, concentración y dosis; diluyente y dosis; y concentración de oxígeno.

Sección 4. Los técnicos de terapia respiratoria documentarán en el expediente de salud:

- a) El estado del sistema respiratorio del paciente antes y después del tratamiento.
- b) Signos vitales antes y después del tratamiento.
- c) Tratamiento ofrecido.
- d) Tolerancia del paciente al tratamiento.
- e) Notificación al médico cuando la condición del paciente requiera su evaluación.
- f) Instrucciones o educación al paciente.

Artículo 9. Programa de educación en servicio

Sección 1. El servicio desarrollará anualmente, un programa de educación para el personal.

Sección 2. El programa de educación en servicio mismo incluirá sus objetivos y el contenido se desarrollará de acuerdo a las necesidades del personal, cambios en la práctica y hallazgos de evaluaciones del servicio.

Sección 3. El programa incluirá educación sobre las medidas de control de infecciones, manejo de pacientes con condiciones respiratorias transmisibles, medidas de seguridad, entre otros temas.

Artículo 10. Evaluación del servicio

Sección 1. El servicio de terapia respiratoria desarrollará un plan de evaluación de la calidad de acuerdo a las modalidades de tratamiento ofrecidas.

Sección 2. El plan de evaluación de calidad de los servicios de terapia respiratoria será parte integral del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización de salud.

Sección 3. Se evaluarán aquellas funciones delegadas por la facultad médica y otros aspectos de cuidado, considerando los de mayor volumen, mayor riesgo y mayor probabilidad de causar problemas.

Sección 4. Los resultados de las evaluaciones con su análisis y plan de acción correctivo serán enviados cada tres (3) meses al Programa de Mejoramiento de la Calidad de

la organización de salud.

Sección 5. Los hallazgos de las evaluaciones se discutirán en las reuniones con el personal y se utilizarán para ofrecer actividades educativas.

CAPÍTULO XXVI PROGRAMA DE SEGURIDAD Y PLANTA FÍSICA

La Organización establecerá un programa de seguridad responsable de promover un ambiente seguro para los pacientes, empleados, visitantes, la propiedad, y el equipo de la facilidad.

Artículo 1. Organización

Sección 1. La organización de servicios de salud, establecerá un programa de seguridad a nivel institucional sobre la implantación y vigilancia de la normativa de seguridad establecida por el gobierno del hospital.

Artículo 2. Comité de Seguridad

Sección 1. El programa de seguridad, contará con un comité de trabajo a través del cual se desarrolla la misión, funciones y objetivos del programa de seguridad y planta física.

Sección 2. El comité de seguridad estará integrado por representantes de la administración, facultad médica, enfermería, unidades especiales, ingeniería y oficial de seguridad. Otras áreas de servicio podrán ser invitadas a participar de las actividades del comité a discreción de sus miembros.

Sección 3. El comité se reunirá por lo menos cada dos (2) meses o con mayor frecuencia, de ser necesario. Se llevarán actas y registro de asistencia de las reuniones llevadas a cabo.

Sección 4. El gobierno de la organización, recibirá informes periódicos de aquellos problemas que afecten o puedan afectar la seguridad y vida de pacientes, visitantes y empleados, así como sobre la efectividad del funcionamiento del programa.

Sección 5. El gobierno de la organización definirá y reconocerá por escrito la delegación de la autoridad del comité de seguridad.

Artículo 3. Oficial Ejecutivo de Seguridad

Sección 1. La organización designará Oficial Ejecutivo de Seguridad responsable de implantar y vigilar el funcionamiento del programa de seguridad de la organización.

Sección 2. El Oficial Ejecutivo de Salud y Seguridad debe estar cualificado por educación, adiestramiento y experiencia en áreas relacionadas a prevención y control de incendio, seguridad y salud ocupacional, manejo de emergencias y desastres, manejo de materiales y sustancias peligrosas, conocimiento de leyes, códigos y reglamentos estatales y federales sobre salud y seguridad

Sección 3. La descripción de sus deberes y responsabilidades, estarán descritos en el manual administrativo, manual de seguridad y en el expediente de personal del incúmbete.

Artículo 4. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El Oficial Ejecutivo de Salud y Seguridad establecerá junto a los miembros del comité de seguridad, un Manual de Normas y Procedimientos para la implantación del programa.

Sección 2.

Este documento estará firmado por el Director del Programa, el Administrador o por el Director Ejecutivo de la facilidad. Será revisado cada dos (2) años, indicando en el mismo, la fecha de revisión.

Sección 3.

El manual del Programa de Seguridad de la organización incluirá:

- a) Organización del programa de seguridad y planta física.
- b) Autoridad del programa.
- c) Funciones del Ejecutivo de Salud y Seguridad.
- d) Funciones y organización del comité de seguridad.
- e) Plan de desastre interno incluyendo fuego, amenaza de bomba, huelga y cualquier otro tipo de desastre, tomando en consideración la localización del hospital.
- f) Plan de desastre externo en coordinación con las diferentes agencias estatales incluyendo desastres naturales y provocados.
- g) Normas sobre seguridad de planta física.
- h) Sistema de control de vehículos de motor.
- i) Plan de Prevención de Incendios y Simulacros de Incendio.
- j) Control de visitas a la facilidad.
- k) Identificación del personal.
- l) Establecimiento y revisión de normas de seguridad específicas para cada departamento o servicio del hospital.
- m) Plan de Vigilancia.
- n) Suministro de agua potable.
- o) Plan para la identificación, manejo y almacenamiento de uso y disposición de sustancias y materiales peligrosos, incluyendo líquidos y gases como: químicos reactivos y/o explosivos, infecciosos, contaminados, radiactivos, de quimioterapia, volátiles que causen daño irreversible, gases, médicos y agentes antineoplásicos, entre otros.
- p) Disposición y manejo de desperdicios contaminados.
- q) Mantenimiento preventivo al equipo.
- r) Seguridad eléctrica.
- s) Sistemas de acondicionadores de aire y ventilación.
- t) Reportes e investigaciones de accidentes e incidentes relacionados con daños a la propiedad, lesiones a pacientes, visitantes y empleados.
- u) Identificación de riesgos de seguridad en las áreas de trabajo.
- v) Inspecciones mensuales de seguridad y de la planta física.
- w) Plan para el manejo de equipo biomédico.

- x) Plan para el manejo de utilidades.
- y) Plan de orientación y educación al personal en todas las áreas de seguridad.

Artículo 5. Seguridad General de Facilidad

Sección 1. Las facilidades de salud se diseñarán, construirán, remodelarán, ampliarán y mantendrán siguiendo los requisitos mínimos de las siguientes guías y códigos:

- a) *Guidelines for Design and Construction of Hospitals and Health Care Facilities, de la American Institute of Architects.*
- b) *Life Safety Code 101 de la National Fire Protection Association.*
- c) *Health Care Facility de la National Fire Protection Association (NFPA-99).*
- d) *Americans with Disabilities Act (ADA).*
- e) *National Fire Protection Association (NFPA).*
- f) *Occupational Safety and Health Act (OSHA).*
- g) Manejo de Desperdicios Biomédicos: Ley Número 9 del 18 de junio de 1970, según enmendada y el Reglamento 4521 para el Manejo de Desperdicios Biomédicos del 14 de agosto de 1991.
- h) Ley Número 66 del 2 de marzo de 2006, para reglamentar la práctica de fumar.
- i) Ley Núm. 133 del 18 de junio de 1999 y el Reglamento del Secretario de Salud Número 102, para Reglamentar la Protección y seguridad de Infantes, Neonatos o Recién Nacidos, Infantes y Niños en las instituciones hospitalaria de Puerto Rico.
- j) Leyes y reglamentos aplicables de las diferentes agencias que regulen el diseño, construcción, remodelación, ampliación, mantenimiento y operación de las facilidades de salud en Puerto Rico.

Sección 2. Se aplicará cualquier otro Código, Guía, Reglamento vigente a la fecha en que los planos para la construcción o cualquier otro cambio mayor en la estructura física haya sido endosados.

Sección 3. Las facilidades de salud contarán con los recursos necesarios para la conservación, mantenimiento de la infraestructura y equipo que comprenden su planta física.

Artículo 6. Medidas de seguridad

Sección 1. Inspección de Bomberos

- a) La facilidad hospitalaria será inspeccionada por el Departamento de Bomberos por lo menos una (1) vez al año.
- b) Se mantendrá evidencia de dicha inspección y del endoso emitido por el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico.
- c) Los extintores tienen que ser inspeccionados mensualmente y darle mantenimiento anualmente.
- d) Se verificará la condición física de los equipos de mangueras contra incendio se verificará su condición física. De ser necesario se le harán pruebas

hidrostáticas.

Sección 2. Extensiones eléctricas

- a) El uso rutinario de extensiones eléctricas no está permitido dentro de la facilidad.
- b) En casos de emergencia el uso de cables, extensiones eléctricas, y accesorios eléctricos personales serán autorizados por la oficina de seguridad y se proveerá para la seguridad durante su uso.

Sección 3. Calderas

- a) Las calderas serán inspeccionadas anualmente o con más frecuencia de ser necesario.
- b) La organización mantendrá evidencia oficial de estas inspecciones.
- c) Se les proveerá mantenimiento preventivo manteniendo la evidencia escrita.

Sección 4. Suministro de agua

- a) En situaciones de emergencia el hospital tiene que garantizar abastos de agua de acuerdo a la capacidad de camas de la organización.
- b) La cantidad de agua estimada para el consumo debe suplir la facilidad por un mínimo de quince (15) días.
- c) El agua a utilizarse para consumo, será tratada de acuerdo a los niveles requeridos por la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados y el Departamento de Salud.
- d) La organización establecerá normas y procedimientos en los cuales definirá los recursos para suplirse las facilidades de almacenaje, el proceso de distribución y los métodos para estimar la cantidad de agua que se necesita.
- e) El sistema de reserva se proveerá mediante tanques elevados con sistema de bombeo o con cisternas y sistemas de bombeo.
- f) El sistema de bombas de las cisternas debe estar conectadas al sistema eléctrico de emergencia.
- g) El agua para consumo debe ser analizada mensualmente para materiales orgánicos e inorgánicos y *coliformes*.

- h) La cisterna debe limpiarse y *clorinarse* por lo menos una (1) vez al año. Se mantendrá un registro de limpieza.

Sección 5. Almacén para Desperdicios Biomédicos y Morgue

- a) El área de almacén de desperdicios biomédicos y morgue estará ubicada fuera de las áreas clínicas de servicios a pacientes.
- b) Contará con sistema de enfriamiento cerrado o separado de las áreas del hospital.
- c) Estará debidamente rotulada y restringido su acceso a personal no autorizado.
- d) Contará con facilidades para el lavado de manos en el exterior del área.
- e) Suplido y equipo de lavado de manos y protección.

Artículo 7. Servicio de vigilancia

- Sección 1. La organización establecer un sistema de vigilancia con personal especialmente adiestrado capaz de asegurar el bienestar de los pacientes, empleados, visitantes y de asegurar la propiedad de la organización.
- Sección 2. Se mantendrán informes de accidentes, se realizarán las investigaciones pertinentes y se recomendarán las acciones correctivas al administrador de la organización.
- Sección 3. El servicio de vigilancia, deberá formular normas para el control de tráfico y los estacionamientos, la seguridad en áreas de mayor riesgo.

Artículo 8. Estacionamiento

- Sección 1. Se rotularán los estacionamientos para uso de empleados y de visitantes e impedidos.
- Sección 2. Se establecerá la identificación y rotulación para el cruce de peatones.
- Sección 3. Se rotularán las entradas y las salidas de todas las edificaciones que comprenden el hospital.
- Sección 4. Las salas de emergencia estarán rotuladas con señales visibles desde las vías de acceso principales.
- Sección 5. Los estacionamientos estarán alumbrados adecuadamente.
- Sección 6. El número de estacionamientos será según lo establecen las Guías de Diseño y Construcción de Hospitales y Facilidades de Salud.

Artículo 9. Plan para el manejo de equipo biomédico

- Sección 1. La organización establecerá como parte de su política de salud y seguridad las disposiciones para el manejo de equipo biomédico utilizado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes bajo su responsabilidad.
- Sección 2. La organización establecerá un plan o programa para el manejo de equipo biomédico, donde se incluyan procedimientos para la selección y adquisición de equipo biomédico.
- Sección 3. El plan de manejo de equipo biomédico incluirá criterios para la identificación, evaluación e inventario de equipo biomédico, incluyendo sin limitarse a:
- a) Función del equipo.
 - b) Riesgos físicos asociados al uso de equipo.
 - c) Mantenimiento requerido del equipo.
 - d) Historial de incidente del equipo.
 - e) Inspecciones, pruebas de seguridad, mantenimiento preventivo y reparaciones del equipo.
 - f) Orientación y adiestramiento a los usuarios del equipo sobre el manejo del equipo, procedimientos básicos de seguridad, procedimientos a seguir en casos en que falle el equipo, reporte de incidentes o situaciones con el manejo de equipo y otros temas relacionados.
 - g) Vigilancia y evaluación del uso de los equipos.

h) Reporte de incidentes en el cual un equipo biomédico haya causado una lesión o contribuido al deterioro, muerte de un paciente u otro individuo.

i) Informes al comité de seguridad del hospital.

j) Procedimientos para notificar equipo defectuoso de parte del fabricante o agencias concernidas.

Sección 4. La organización establecerá los mecanismos para la investigación de incidentes relacionados con el manejo del equipo, fallas y errores causados por el usuario que haya causado efecto adverso en la seguridad y calidad del servicio al paciente.

Sección 5. La organización mantendrá toda la documentación necesaria sobre pruebas y mantenimiento preventivo realizado a cada equipo (por servicios y departamentos). Los resultados de las pruebas serán notificados al jefe del servicio o departamento.

Sección 6. La organización asignará los recursos humanos y de equipo necesarios para cubrir todas las funciones del plan o programa de manejo de equipo biomédico.

a) Contará con los servicios de técnicos biomédicos cualificados para ejercer esta profesión mediante nombramiento o contratación de servicios.

b) Mantendrá un expediente de los técnicos biomédicos que laboran en el hospital, ya sea por nombramiento o contrato. El expediente contendrá evidencia de las cualificaciones necesarias de los técnicos biomédicos y otros requisitos establecidos por la oficina de recursos humanos del hospital.

c) Contará con el equipo técnico necesario para las pruebas, mantenimiento y reparación del equipo biomédico.

Artículo 10. Plan para el Manejo de Utilidades

Sección 1. El Gobierno de la organización tiene que asegurar que la facilidad cuenta con los recursos y mecanismos necesarios para que los sistemas de la planta física se mantengan en condiciones operacionales requeridas por los fabricantes y agencias acreditadoras.

Sección 2. La organización será responsable que el hospital pueda responder ante la ocurrencia de cualquier falla que pueda afectar el cuidado y seguridad de los pacientes.

Sección 3. La organización contará con los servicios de conservación y mantenimiento necesarios para desarrollar y mantener un plan para el manejo de las utilidades de la facilidad.

Sección 4. El Plan para el Manejo de Utilidades debe proveer y no limitarse al establecimiento de criterios para la identificación, evaluación y selección de los componentes del sistema de utilidades. Estos sistemas se incluye y no se limita a:

a) Sistema de alarma de incendio y rociadores automática.

b) Sistema de aire acondicionado y ventilación.

c) Sistema de generador de vapor y agua caliente.

d) Sistema de gases médicos, todo tanque con oxígeno será analizado al recibirse en el hospital con sus características para garantizar su contenido y su identificación adecuada.

e) Sistema de generador de electricidad normal y de emergencia.

- f) Sistema para el suministro de agua potable.
- g) Sistema de transportación.
- h) Sistema de comunicación.

Sección 5. El Plan para el Manejo de Utilidades, debe proveer para establecer los mecanismos para la prevención de riesgos a través de inspecciones, pruebas, mantenimiento y reparación de los componentes del sistema de utilidades, la planta física del hospital y el equipo no médico.

Sección 6. El Plan para el Manejo de Utilidades, incluirá las políticas de documentación sobre la descripción, distribución, rotulación de cada sistema de utilidad y especificaciones sobre los controles para el cierre parcial o total de estos en casos de emergencia.

Sección 7. Se incluirá en el Plan para el Manejo de Utilidades la disponibilidad y acceso a los planos de operación para cada equipo del sistema de utilidades, el proceso de orientación y adiestramiento al usuario sobre el funcionamiento de los sistemas, la política de reporte de incidentes y accidentes, el sistema de identificación de fuentes alternas para los componentes y los procesos de evaluación de los servicios.

Artículo 11. Plan de Manejo de Emergencias

Sección 1. La organización será responsable del diseño y desarrollo de un plan para el manejo de emergencias, para responder en el momento en que ocurre una o múltiples emergencias. Una sola emergencia puede interrumpir temporalmente los servicios; sin embargo, múltiples emergencias que se producen simultáneamente o secuencialmente pueden afectar negativamente la seguridad del paciente y la capacidad del hospital para brindar atención, tratamiento y servicios por un período prolongado de tiempo.

Sección 2. Como preparación para casos de emergencias por huracanes la organización será responsable de desarrollar y poner en vigor un Plan de Manejo de Emergencia para Huracanes que incluya, entre otros:

1. La disponibilidad de un mínimo de tres (3) generadores eléctricos con capacidad de energizar toda la facilidad incluyendo acondicionadores de aire.
2. Reserva de diésel para quince (15) días.
3. Reserva de agua para quince (15) días.

La organización será responsable de remitir a la S.A.R.A.F.S. copia del Plan para Manejo de Emergencias en casos de Huracanes con no menos de setenta y dos (72) horas de anticipación al evento climatológico.

Sección 3. El Plan de Manejo de Emergencia, considerará la respuesta de las Agencias Gubernamentales para asistir durante la emergencia y la eventualidad de eventos múltiples que se producen simultáneamente o secuencialmente que puedan afectar negativamente la seguridad del paciente y la capacidad del hospital para brindar atención, tratamiento y servicios por un período prolongado de tiempo.

Sección 4. El Plan de Manejo de Emergencia incluirá las cuatro (4) fases para el manejo de emergencia.

4. Mitigación.
5. Preparación.

6. Respuesta.

7. Recuperación.

Artículo 12. Orientación y Educación

Sección 1. Todo empleado nuevo del hospital, habrá de recibir una orientación inicial relacionada con las medidas básicas de seguridad institucional, así como del departamento o sección donde rendirá sus labores y servicios.

Sección 2. Todo el personal activo que labora en la organización, incluyendo la facultad médica, personal administrativo y jefes de departamentos, recibirán adiestramientos sobre las medidas de seguridad por lo menos una (1) vez al año. Se mantendrá un registro de asistencia.

CAPÍTULO XXVII PROGRAMA DE UTILIZACIÓN

Toda organización dedicada a la prestación de servicios de salud en un ambiente hospitalario establecerá un plan de revisión de los servicios de salud ofrecidos que permita determinar la utilización adecuada de los servicios de salud.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El Programa de Utilización será coordinado por un profesional de enfermería con grado de maestría en enfermería y licencia de enfermero especialista, expedida por la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico o un médico debidamente licenciado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Sección 2. El Coordinador del Programa, será responsable del proceso evaluativo para determinar la utilización adecuada de los recursos fiscales y humanos en la organización.

Sección 3. El Programa de Utilización le responderá directamente a la Autoridad Ejecutiva de la Organización.

Artículo 2. Organización

Sección 1. El Programa de Utilización establecerá un proceso sistemático y continuo para evaluar el uso adecuado de los servicios provistos por los miembros de la facultad médica.

Sección 2. El proceso de revisión permitirá la revisión continua y la implantación de medidas para solucionar los problemas que se identifiquen.

Artículo 3. Autoridad

Sección 1. El gobierno de la organización será responsable de asegurar que un mecanismo de evaluación sea establecido, mantenido y funcione eficientemente.

Sección 2. El programa de utilización funcionará como una subdivisión del Programa de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios.

Sección 3. La evaluación podrá ser interna, través de un grupo o comité de revisión o a través de un grupo o método de evaluación externa contratados, según sea más favorable para la facilidad.

Artículo 4. Responsabilidad

Sección 1. El personal asignado a estas funciones no podrá tener intereses financieros

directos con la facilidad, ni haber participado en el cuidado del paciente que está siendo revisado.

Sección 2. La función de evaluación será realizada por personal profesional de enfermería debidamente adiestrado en procesos de revisión de pertinencia clínica.

Sección 3. El personal de enfermería asignado a esta función, deberá poseer como mínimo un grado de bachillerato en ciencias de enfermería y cumplir todos los requisitos establecidos por la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico, el Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico y cinco (5) años de experiencia en el cuidado de pacientes hospitalizados.

Sección 4. La función de análisis y certificación de la pertinencia en la utilización de los servicios médicos será realizada por un médico Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico autorizado a ejercer la profesión.

Sección 5. Los casos que presenten controversias en la justificación de pertinencia clínica, serán presentados mensualmente en reunión del comité de mejoramiento de calidad y al Director Médico de la organización.

Artículo 5. Plan de Evaluación de Utilización

Sección 1. El gobierno de la organización determinará cuál será el método o sistema que será usado para realizar estas funciones.

Sección 2. El plan especificará como se llevará a cabo cada una de estas funciones sin que se entienda como una limitación:

- a) Autoridad y responsabilidad de cada una de las personas que realizan las funciones.
- b) Tipo de evaluación a ser realizada.
- c) Metodología para la determinación de la estadía promedio.
- d) Metodología y criterios de justificación clínica de admisiones.
- e) Metodología y criterios de justificación clínica para justificar la estadía del paciente.
- f) Criterios de determinación de los diagnósticos o condiciones médicas comúnmente admitidas y la estadía promedio que será aceptado para cada una de ellas.

Artículo 6. Alcance y frecuencia de evaluación

Sección 1. El Programa de Utilización determinará el alcance de la revisión de la pertinencia del cuidado médico considerando los servicios ofrecidos por la organización, volumen de admisiones, diagnóstico médico y patrones de readmisión.

Sección 2. La organización podrá delimitar la frecuencia de la revisión tomando en consideración el volumen de readmisión por un mismo diagnóstico y porcentaje de estadías prolongadas por facultativo.

Sección 3. El programa de utilización mantendrá un proceso concurrente de revisión de los siguientes aspectos en el cuidado médico ofrecido en la organización:

- a) Admisión
- b) Pertinencia del servicio y tratamiento incluyendo el uso de farmacoterapia

c) Estadía hospitalaria

Artículo 7. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El Director del Programa desarrollará un Manual que recoja los procesos de revisión de utilización de los servicios médicos ofrecidos por la organización.

Sección 2. El Manual del Programa de Utilización será revisado anualmente y aprobado por el gobierno de la organización.

Sección 3. El Manual del programa de utilización incluirá lo siguiente, sin que se entienda como una limitación:

- a) Visión y misión del programa.
- b) Filosofía del programa.
- c) Metas y objetivos del programa.
- d) Alcance del programa.
- e) Estructura organizacional.
- f) Deberes o funciones del personal.
- g) Descripción del modelo conceptual de utilización.
- h) Descripción de metodología de selección de muestras.
- i) Metodología del proceso de revisión.
- j) Descripción del procedimiento de las actividades de revisión de utilización.
- k) Políticas de notificación de hallazgos.
- l) Descripción de los mecanismos utilizados para vigilar el progreso de las medidas correctivas implantadas.
- m) Política de confidencialidad de la información recopilada.
- n) Formas usadas para estimado, evaluación, análisis de los datos y documentación del proceso evaluativo.

Artículo 8. Evaluación Anual

Sección 1. El Programa presentará anualmente una evaluación que incluya logros obtenidos por la implantación del programa, método o diseño utilizado.

Sección 2. Se evaluará el logro de los objetivos, el alcance, la organización y la efectividad de las actividades realizadas.

Sección 3. La evaluación anual incluirá un informe de economías o pérdidas generadas de acuerdo a admisiones sin criterio clínico, estadías prolongadas y readmisiones, entre otros.

Sección 4. Se determinará a través de datos estadísticos, el nivel de calidad alcanzado con relación a las actividades evaluativas realizadas y se identificarán las áreas que necesiten evaluación continua o mejoramiento.

Artículo 9. Documentación

- Sección 1. La organización tendrá disponible para la revisión toda la documentación relacionada con el proceso evaluativo.
- Sección 2. Esta documentación se mantendrá en archivo por un período de cinco (5) años luego de los cuales podrán ser destruida sin necesidad de que sea microfilmada.

Artículo 10. Confidencialidad

- Sección 1. Toda la información recopilada durante el proceso evaluativo de los servicios hospitalarios de la organización 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 las agencias que podrán tener acceso a esta información.

CAPÍTULO XXVIII PROGRAMA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES

Las organizaciones de servicios de salud establecerán un programa para la vigilancia, prevención y control de infecciones que garantice un entorno de cuidado para los pacientes, empleados y visitantes con el menor riesgo posibles de transmisión de condiciones infectocontagiosas.

Artículo 1. Organización

- Sección 1. La organización establecerá un programa a nivel institucional para la vigilancia, prevención y control de infecciones en todas las áreas del hospital.
- Sección 2. El programa responderá a la administración de la organización y será responsable de la vigilancia en todas las áreas de cuidado y servicios.
- Sección 3. El programa realizará las actividades de identificación, análisis, prevención, control y notificación de infecciones, con la meta de prevenir infecciones nosocomiales y reducir la tasa de estas infecciones.
- Sección 4. El programa tendrá la autoridad para implantar las medidas correctivas pertinentes para impedir la propagación de procesos infecciosos en el hospital. Esta autoridad le será conferida mediante delegación escrita a la Autoridad Ejecutiva de la Organización.

Artículo 2. Dirección

- Sección 1. El Programa de Control Infecciones estará a dirigido por un Médico con especialidad en Epidemiología o Infectología o en por un Médico de Medicina Interna con experiencia y preparación especial en Control de Infecciones que reúna y cumpla con los requisitos de las leyes estatales, según se apliquen para ejercer la profesión.
- Sección 2. El Director del Programa será empleado a jornada completa de la Organización y será responsable de los procesos de vigilancia epidemiológica en el Hospital.
- Sección 3. El Director del Programa de Control de Infecciones tendrá la autoridad conferida mediante delegación por escrito de la Autoridad Ejecutiva de la Organización.

Artículo 3. Comité para el Control de Infecciones

- Sección 4. La administración de la organización nombrará un comité como mecanismo de trabajo del Programa para el Control de Infecciones.
- Sección 5. El comité estará compuesto por: presidente del comité de infecciones,

enfermera(o) a cargo de la vigilancia, representante de la administración, director(a) de enfermería, director(a) de laboratorio clínico, directores de departamentos clínicos. Representantes de otras áreas del hospital podrán ser activados a solicitud del comité.

Sección 6. El presidente del comité será un médico de la organización, preferiblemente un epidemiólogo, infectólogo o internista el cual será seleccionado por el director ejecutivo del hospital.

Sección 7. El nombramiento y las funciones del presidente estarán claramente establecidas en el Manual de Normas y Procedimientos del programa y en la delegación oficial de dicho nombramiento.

Sección 8. La organización nombrará un(a) enfermero(a) especialista o generalista certificado en control de infecciones a cargo de la vigilancia y coordinación del Programa.

Sección 9. Las funciones del enfermero especialista o generalista a cargo de la vigilancia del Programa estarán definidas en el Manual de Normas y Procedimientos del programa y en la descripción de funciones delegadas.

Artículo 4. Reuniones del Comité para el Control de Infecciones

Sección 1. El comité se reunirá por lo menos cada dos (2) meses para analizar, los hallazgos identificados previamente y establecer acciones correctivas de ser necesario.

Sección 2. Mantendrán actas y el registro de asistencia de cada reunión llevada a cabo.

Artículo 5. Funciones y Responsabilidades del Comité

Sección 1. El comité establecerá el proceso para identificar y vigilar las infecciones en la facilidad.

Sección 2. A través de este proceso de vigilancia se monitoreará las siguientes infecciones:

- a) Infecciones relacionadas con incisiones quirúrgicas.
- b) Infecciones ocurridas en unidades de cuidado intensivo.
- c) Infecciones ocurridas a neonatos.
- d) Infecciones ocurridas en pacientes con ventilación mecánica, con alimentación enteral o con tratamientos y procedimientos invasivos.
- e) Infecciones causadas por organismos resistentes a antibióticos.
- f) Infecciones relacionadas con tuberculosis.
- g) Infecciones relacionadas con catéteres vasculares.
- h) Infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios.

Sección 3. El comité para el control de infecciones, será responsable de desarrollar en conjunto con los directores de los departamentos, las normas y procedimientos relacionados al control de infecciones en todas las áreas de cuidado y servicios en la organización.

Sección 4. Las normas y procedimientos para el control de infecciones, incluyendo las infecciones nosocomiales, no se limitarán a cubrir los siguientes procesos:

- a) Identificación de infecciones.

- b) Manejo de desperdicios biomédicos.
 - c) Prácticas de aislamiento.
 - d) Esterilización de materiales.
 - e) Uso profiláctico de antibióticos.
 - f) Limpieza y desinfección de pisos y superficies.
 - g) Medidas para detección de MRSA.
- Sección 5. El comité podrá intervenir, cuando sea necesario, en las siguientes evaluaciones para la prevención y corrección de situaciones de situaciones que puedan crear problemas de infecciones en el hospital:
- a) Plan de salud de empleados.
 - b) Evaluación del uso de antibióticos.
 - c) Evaluación de problemas identificados relacionados con la calidad de servicio prestado.
- Sección 6. El comité de control de infecciones desarrollará un diseño instruccional para la orientación del personal de nuevo reclutamiento, en términos de control de infecciones.
- Sección 7. El comité desarrollará un plan anual de educación en servicio dirigido a todo el personal de la organización.
- Sección 8. El plan incluirá educación relacionada a la prevención y manejo de procesos infecciosos y tópicos que surjan de situaciones identificadas e intervenidas.
- Sección 9. El comité mantendrá un registro de: infecciones nosocomiales, sus tendencias y factores contribuyentes, patrones de susceptibilidad de antibióticos y cualquier otra información que el programa establezca necesaria en la vigilancia y control de infecciones.
- Sección 10. El comité informará al Departamento de Salud a través de la Administración del hospital, las enfermedades de notificación obligatoria que se identifiquen en el hospital manteniendo las normas de confidencialidad del paciente y en cumplimiento con la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada el 4 de junio de 1983, para el Reporte de Enfermedades de Notificación Obligatoria de Puerto Rico, y Orden Administrativa Número 77 de 18 de noviembre de 2002.
- Sección 11. Las enfermedades de notificación obligatoria se informarán a través del mecanismo establecido o que establezca en el futuro el Departamento de Salud.
- Sección 12. El comité participará en actividades evaluativas para el mejoramiento de la calidad de los servicios al paciente que se desarrollan en el hospital y presentaran informes sobre los hallazgos evaluativos al gobierno y al programa de mejoramiento de la calidad.
- Sección 13. El comité adoptará las guías publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC).
- Sección 14. Al establecerse medidas de prevención se toman en cuenta las guías específicas publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC).

CAPÍTULO XXIX SERVICIOS DE LAVANDERÍA

La organización será responsable que los servicios de lavandería cumplan con todas las regulaciones estatales y federales para la reducción de riesgos infectocontagiosos para pacientes, empleados y visitantes.

Artículo 1. Disponibilidad del Servicio

Sección 2. La organización puede facilitar este servicio a través la coordinando con un proveedor externo mediante contrato.

Artículo 2. Servicios Contratados

Sección 2. En caso de servicios contratados mediante un proveedor externo, se requerirá que este cumpla con todas las regulaciones estatales y federales para la prestación de servicios de Lavandería o *Laundry*.

Artículo 3. Organización

Sección 1. Los servicios de lavandería estarán organizados bajo la dirección de la administración de la facilidad de servicios de salud o de la fase operacional de la organización.

Sección 2. Estarán organizados en dos áreas o zonas que permitan el movimiento de la ropa sin riesgos de cruce de ropa sucia con ropa limpia.

- a) Zona sucia: Incluirá el área de recepción y acondicionamiento de la ropa sucia, clasificación y alimentación de las máquinas.
- b) Zona limpia Incluirá las secciones, secado, planchado, almacenamiento y distribución.

Sección 3. La zona sucia deberá mantener una presión negativa respecto al resto de las dependencias o en su caso un sistema de ventilación separada de las facilidades del hospital.

Sección 4. Las máquinas de lavar se instalarán de tal forma que la carga de ropa pueda hacerse por la zona sucia y la descarga por la zona limpia.

Sección 5. Los parámetros verticales deben estar revestidos de material que soporte su limpieza según la guía de control de infecciones.

Sección 6. Todos los equipos de la lavandería deben ser limpiados según la guía de control de infecciones.

Sección 7. Cada área contará con lavamanos, dispositivo de jabón líquido y toallas desechables.

Artículo 4. Personal

Sección 1. El personal adscrito al servicio de lavandería cumplirá con todos los requisitos estatales y federales para la seguridad y control de infecciones en el entorno hospitalario.

Sección 2. Mantendrá el personal necesario para satisfacer las necesidades de la organización.

Artículo 5. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director del servicio mantendrá actualizado un Manual de Normas y

Procedimientos el cual será aprobado por la autoridad ejecutiva de la organización de salud.

Artículo 6. Manejo de ropa sucia

Sección 1. Segregación: La ropa sucia será segregada en las Unidades de Cuidado de acuerdo a las políticas del Programa de Control de Infecciones.

Sección 2. Recogida y transporte: La organización establecerá un protocolo de recogido y transporte de ropa sucia desde el punto de vista de producción hasta la lavandería, estableciendo específicamente el circuito de transporte, para prevenir el cruce de líneas limpias y sucias. El protocolo de transporte de ropa sucia incluirá sin limitarse a:

- a) El traslado de ropa sucia por el Hospital deber ser realizado en bolsas de ropa sucia que no estén perfectamente cerradas.
- b) La ropa sucia debe recogerse de forma ordenada evitando un movimiento innecesario por el hospital.
- c) En ningún momento se arrastrará por el suelo los sacos de ropa sucia.
- d) En caso de utilizarse bolsas de tela, se establecerá por escrito en el protocolo de limpieza de las mismas.

Sección 3. Almacenamiento: La organización será responsable de establecer un sistema de almacenamiento de la ropa sucia, que incluya:

- a) La ropa sucia debe permanecer almacenada el menor tiempo posible.
- b) Las áreas de almacenamiento de ropa sucia se limpiarán de acuerdo con lo establecido en la Guía de Control e Infecciones.
- c) El área de almacenamiento para ropa sucia deberá contar con pisos y paredes que deberán estar recubiertos con material resistente para la limpieza.
- d) El sistema considera un proceso continuo de FIFO para el manejo de la ropa sucia.

Artículo 7. Lavado

Sección 1. La organización será responsable de establecer un procedimiento claro para asegurar que el personal encargado conozca los procesos de lavado y los aplique correctamente, asimismo establecerá el modo en que se llevará a cabo las siguientes actuaciones:

- a) Clasificación de la ropa regular y contaminada.
- b) Tipo de suciedad y contaminación.
- c) Tipo de artículos de lavado, incluyendo concentraciones de desinfectantes o germicidas.
- d) Fases del programa de lavado, incluyendo: temperaturas, productos químicos, detergentes, aditivos y relación carga/agua y tiempo de lavado.

Sección 2. Las políticas relacionadas con el manejo de ropa sucia y lavado deberán ser aprobadas por el personal de control de infecciones de la institución hospitalaria e incluirá los procedimientos de:

- a) Prelavado.

- b) Lavado.
- c) Neutralizador/Suavizador.

Artículo 8. Manejo de ropa limpia

Sección 1. La organización establecerá un protocolo de manejo de ropa limpia que incluirá la manipulación, transporte y almacenamiento de la ropa limpia en la lavandería y las unidades de hospitalización.

Sección 2. Manipulación: La ropa limpia estará bien almacenada hasta su utilización, nunca será almacenada en el suelo o sobre superficies sucias.

Sección 3. Transporte: La Organización establecerá un sistema de transporte de ropa limpia que asegure que la ropa continúe limpia y en buen estado para ser utilizada en el cuidado del paciente hospitalizado.

Sección 4. El equipo de transporte de ropa limpia se mantendrá guardado en un área limpia y limpiada según las políticas de Control de Infecciones.

Sección 5. Almacenamiento: Toda la ropa limpia almacenada deberá ser rotulada con fecha de empaque.

Sección 6. La ropa limpia será almacenada en áreas adecuadas protegidas de polvo, suciedad y contaminación aérea.

Artículo 9. Evaluación

Sección 1. La organización será responsable a través del Programa de Control de Infecciones, realizar evaluaciones mensuales del manejo de la ropa limpia y sucia y las condiciones higiénicas de la lavandería

Sección 2. La organización será responsable a través del Programa de Mejoramiento de la Calidad de vigilar que las operaciones de la lavandería cumplan con las regulaciones estatales y federales.

CAPÍTULO XXX PROGRAMA PLANIFICACIÓN DE ALTA

La organización será responsable de establecer y mantener un programa para la planificación de alta de todos los pacientes que lo ameriten y de acuerdo a un estimado inicial.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. El programa estará bajo la dirección de un profesional de la enfermería, con grado de bachillerato o preferiblemente maestría en ciencias de enfermería y licencia como enfermero generalista o especialista de acuerdo con todos los requisitos de la Junta Examinadora de Enfermeros y Enfermeras de Puerto Rico o de un trabajador social debidamente licenciado.

Artículo 2. Personal Profesional

Sección 1. En el programa participarán miembros del equipo multidisciplinario con conocimiento y experiencia pertinente.

Sección 2. Mantendrá el personal necesario para satisfacer las necesidades del programa.

Artículo 3. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director del programa mantendrá actualizado un Manual de Normas y Procedimientos, el cual será aprobado por la autoridad ejecutiva de la

organización de salud.

Artículo 4. Proceso de Planificación de Alta

Sección 1. La organización es responsable de identificar lo más pronto posible aquellos pacientes que puedan estar a riesgo de sufrir consecuencias adversas de no planificarse su alta.

Sección 2. El Programa de planificación de alta establecerá los criterios de pacientes de alto riesgo en el proceso de su disposición de alta de las facilidades.

Sección 3. A cada paciente se le realizaría una evaluación para determinar su necesidad de planificación de alta.

Sección 4. Esta evaluación debe incluir la capacidad del paciente para cuidarse a sí mismo, como la posibilidad de ser cuidado en su medio ambiente.

Sección 5. Esta evaluación será discutida con el paciente y la familia.

Sección 6. Una vez identificada la necesidad de que se planifique el alta, se comenzará a diseñar un plan para el alta.

Sección 7. Este plan tiene que estar por escrito y haber evidencia en los expedientes de salud.

Sección 8. El plan debe ser re-evaluado de acuerdo a los cambios que ocurran en las necesidades.

Sección 9. La organización es responsable de hacer arreglos para iniciar la implantación del plan de alta.

Artículo 5. Traslados

Sección 1. De ser necesario, la organización deberá trasladar o referir al paciente a otras facilidades, agencias o servicios ambulatorios para dar seguimiento al paciente o recibir otros servicios.

Sección 2. Se someterá información médica necesaria con el paciente durante su traslado.

Artículo 6. Accesibilidad del Programa

Sección 1. El paciente y familia deben ser informados de la disponibilidad del programa de planificación de alta.

Sección 2. En caso de que el Programa no identifique ninguna necesidad para planificar el alta, o el paciente no sea referido al Programa por su médico, el paciente o familiar puede solicitar el servicio de así necesitarlo.

Artículo 7. Evaluación

Sección 1. El director del programa evaluará la efectividad del programa para cumplir con las necesidades del paciente.

Sección 2. La evaluación anual del programa será sometida al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización.

CAPÍTULO XXXI SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Artículo 1. Organización

Sección 1. La organización establecerá servicios de medicina nuclear de acuerdo a estudios

de imágenes y modalidades terapéuticas que ofrezcan de acuerdo a los estándares de la práctica contemporánea de la medicina nuclear diagnóstica y terapéutica. La organización podrá ofrecer el servicio de medicina nuclear directamente por la facultad o por contrato.

Sección 3. La administración de la organización en conjunto con el director de medicina nuclear establecerá los estudios de imágenes y modalidades terapéuticas que se ofrecerán para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Sección 4. La organización mantendrá las licencias y permisos requeridos por las diferentes agencias reguladoras para el uso y almacenamiento de materiales radioactivos, radio fármacos y otros materiales.

Artículo 2. Personal Médico

Sección 1. El director del servicio será un médico con subespecialidad en medicina nuclear, autorizado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.

Sección 2. El director del servicio será miembro activo de la facultad médica del hospital

Sección 3. El número de médicos especialistas en medicina nuclear será asignado de acuerdo al volumen y complejidad de los servicios que se ofrecen en la organización.

Sección 4. El director médico del servicio y los médicos de medicina nuclear cumplirán con las disposiciones establecidas por la facultad médica.

Artículo 3. Personal Técnico

Sección 1. El servicio tendrá el número suficiente de tecnólogo en medicina nuclear de una universidad acreditada, de acuerdo al volumen de trabajo, los diferentes estudios y modalidades terapéuticas que se ofrezcan en el servicio.

Sección 2. El personal deberá cumplir con las cualificaciones, adiestramientos, funciones y responsabilidades específicas para trabajar en esta área especializada, incluyendo la autorización para inyectar radio fármacos.

Sección 3. Los requisitos del puesto, funciones, responsabilidades y adiestramientos deberán estar aprobados por el director del servicio.

Artículo 4. Servicio

Sección 1. Los materiales radioactivos deberán prepararse, rotularse, utilizarse, transportarse, almacenarse y disponerse siguiendo los estándares de seguridad radiológica y las regulaciones del Comisión Reguladora Nuclear (AEC).

Sección 2. Preparación de radio fármacos

a) La preparación de radio fármacos, puede ser realizada por los tecnólogos en medicina nuclear que se hayan graduado de una escuela o programa de medicina nuclear acreditada y que haya recibido un adiestramiento en la preparación, uso y manejo adecuado de material radioactivo, según las regulaciones de la Comisión Reguladora Nuclear (NRC).

b) El usuario autorizado debe poseer adiestramiento adecuado en el recibimiento, utilización, almacenamiento, transferencia, preparación, uso y manejo de material radioactivo.

c) Radio fármacos que son recibidos en la facilidad hospitalaria a través de una radio farmacia, deben cumplir con los requisitos o regulaciones establecidas por la Comisión Reguladora Nuclear (NRC).

d) Los usuarios autorizados o tecnólogos de medicina nuclear deben cumplir con los requisitos de adiestramiento en los siguientes tópicos:

1. Instrumentación física nuclear o radioactiva.
2. Protección radiológica.
3. Matemáticas asociadas a la radioactividad.
4. Radiobiología.
5. Química del radio fármacos.

Sección 3. Material radioactivo o radio fármaco puede ser transferido de un lugar a otro dentro de la institución hospitalaria por un usuario autorizado.

Sección 4. La administración de la organización nombrará un oficial de seguridad radiológica (RSO).

Sección 5. El Ejecutivo de Salud y Seguridad en colaboración con el Oficial de Seguridad Radiológica (RSO) organizará, establecerá e implementará un programa de seguridad radiológica, según las regulaciones de la Comisión Reguladora (NRC), estableciendo un comité de seguridad radiológica en la organización.

Sección 6. Desperdicios radioactivos se mantendrán almacenados en cuarto de desperdicios hasta que pasen las diez (10) medias vidas de la actividad del material almacenado. Luego, estos materiales se disponen como basura normal, cumpliendo con las regulaciones de la Comisión Reguladora Nuclear (NRC).

Sección 7. Radio fármacos o jeringuillas utilizadas con material radioactivo son devueltas a la radio farmacia para su disposición adecuada, siguiendo las regulaciones establecidas por la Comisión Reguladora Nuclear (NRC).

Sección 8. Radio fármacos preparados en el Laboratorio de Medicina Nuclear de la facultad hospitalaria y las jeringuillas utilizadas que contengan material radioactivo, se mantendrán en cuarto de almacenaje de materiales radioactivos para su decaimiento.

Sección 9. La organización garantizará que se realice un proceso adecuado para la disposición adecuada de estos materiales, cumpliendo con las especificaciones y regulaciones de la Comisión Reguladora Nuclear (NRC).

Artículo 5. Facilidades y Equipo

Sección 1. La organización contará con el espacio físico y equipo necesario para organizar y habilitar el servicio de medicina nuclear de acuerdo a los estudios de imágenes y modalidades terapéuticas a ofrecer. Se mantendrá el equipo y materiales aprobados para realizar los diferentes tipos de estudios de medicina nuclear.

Sección 2. El equipo deberá mantenerse en condiciones óptimas de funcionamiento y seguridad de acuerdo a las especificaciones del manufacturero y de las requeridas por otras agencias reguladoras.

Sección 3. El equipo se inspeccionará y calibrará por lo menos una (1) vez al año por personal cualificado.

Sección 4. Equipo de calibración de dosis se le realiza las siguientes pruebas de control de calidad, según las regulaciones de NRC:

- a) Diariamente se calibrarán el sistema de *Constancy y Accuracy*

- b) Cada seis (6) meses se calibrará el sistema de *Linearity*
- c) Una vez al año o cuando se envía a reparar el sistema de *Geometry*
- d) Las Cámara *Gamma* se calibrará con una fuente de radiación de Cobalto 57 (Co 57).

Artículo 6. Expedientes

- Sección 1. La organización mantendrá los reportes firmados y fechados de las interpretaciones, consultas y procedimientos de medicina nuclear.
- Sección 2. La organización mantendrá copias de los reportes de medicina nuclear por lo menos por cinco (5) años.
- Sección 3. El médico especialista en medicina nuclear que interpreta los procedimientos diagnósticos deberá firmar y fechar los mismos.
- Sección 4. El servicio de medicina nuclear deberá ser prescrito solamente por médicos autorizados a ejercer la práctica de la medicina, con una licencia otorgada por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Artículo 7. Evaluación del Servicio

- Sección 1. El supervisor del departamento y director médico del laboratorio de medicina nuclear, establecerán un plan para evaluar la calidad del servicio ofrecido al paciente.
- Sección 2. El plan de evaluación de calidad de los servicios de medicina nuclear, formará parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización.
- Sección 3. Los resultados de las evaluaciones serán sometidos al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización y discutido con el personal del servicio.

Artículo 8. Manual de Normas y Procedimientos

- Sección 1. El supervisor y el director médico del laboratorio de medicina nuclear, desarrollarán un Manual de Normas y Procedimientos sobre el funcionamiento adecuado para la prestación de los servicios.
- Sección 2. El contenido del Manual tendrán las normas y procedimientos de acuerdo a las cuatro (4) funciones establecidas por la organización: estimado, continuidad de cuidado, cuidado a paciente y educación a paciente y/o familia.
- Sección 3. El Manual de las Normas y Procedimientos será revisado cada dos (2) años.
- Sección 4. El supervisor y el director médico del laboratorio de medicina nuclear desarrollarán una guía clínica que será revisada cada dos (2) años. El contenido de la guía clínica incluirá y no se limitará a:
 - a) Descripción de los estudios de medicina nuclear disponibles.
 - b) Descripción de modalidades terapéuticas.
 - c) Horario del servicio y programación de citas.
 - d) Orientación a pacientes y familiares.
 - e) Instrucciones al paciente sobre las terapias.

- f) Medidas de seguridad radiológica y manejo de riesgos.
- g) Medidas a seguir ante errores de administración equivocada de material radioactivo.
- h) Control de infecciones.
- i) Manejo de eventos no esperados con pacientes, empleados o visitantes.
- j) Mantenimiento preventivo y control de calidad de equipo.
- k) Relaciones interdepartamentales.

CAPÍTULO XXXII SERVICIO DE RADIOTERAPIA

Artículo 1. Organización

- Sección 1. En las organizaciones de salud que ofrecen servicios hospitalarios para pacientes de cáncer y que tienen los servicios de radioterapia, los servicios se proveerán siguiendo los estándares de práctica aceptable y de acuerdo a las leyes aplicables.
- Sección 2. La administración de la organización en coordinación con el director de radioterapia establecerá los estudios de imágenes y modalidades terapéuticas que se ofrecerán para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Artículo 2. Dirección

- Sección 1. El servicio o departamento de radioterapia estará dirigido por un médico radioterapéutico autorizado por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico a ejercer la profesión.
- Sección 2. Las funciones y responsabilidades del director del servicio estarán definidas en el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio y contenidas en el expediente del médico de facultad médica.

Artículo 3. Médicos Radioterapeutas

- Sección 1. El número de médicos radioterapeutas será de acuerdo al volumen de trabajo diario.
- Sección 2. Los médicos del servicio de radioterapia deberán tener la aprobación de privilegios clínicos por la facultad médica y el gobierno de la facultad.
- Sección 3. Las funciones y responsabilidades estarán delineadas y aprobadas por el director del servicio.
- Sección 4. Los médicos radioterapeutas deberán estar autorizados por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico de Puerto Rico y cumplir con las disposiciones de la Facultad médica de la organización.
- Sección 5. Un médico radioterapeuta estará físicamente presente en la facultad mientras se está proveyendo tratamiento a pacientes.

Artículo 4. Personal Profesional y Técnico

- Sección 1. El servicio de radioterapia tendrá un físico radiológico cualificado y autorizado por las Agencias Regulatorias con maestría en física radiológica y/o cinco (5) años de experiencia como físico trabajando bajo la supervisión de un físico radiólogo cualificado.

Sección 2. El número de técnicos de radioterapia asignados será de acuerdo al volumen y complejidad del servicio. Los técnicos de radioterapia estarán autorizados por la Junta Examinadora de Técnicos de Radiología y Radioterapia de Puerto Rico.

Artículo 5. Facilidades Físicas y Equipo

Sección 1. El servicio contará con el espacio físico necesario para el funcionamiento del servicio.

Sección 2. La facilidad física cumplirá con las normas y reglamentos de protección radiológicas federales y estatales.

Sección 3. El servicio contará con un número adecuado de máquinas para tratamiento.

Sección 4. El equipo se mantendrá en condiciones óptimas de seguridad y funcionamiento.

Sección 5. Se mantendrá un programa de mantenimiento preventivo, siguiendo las instrucciones de manufacturero.

Sección 6. Todo el equipo se inspeccionará, probará y se calibrará de acuerdo al plan de mantenimiento de equipo radiológico.

Artículo 6. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director del servicio, desarrollará un Manual de Normas y Procedimientos que refleje la organización, operación, alcance y procedimientos de la medicina nuclear.

Sección 2. El manual del servicio de medicina nuclear será revisado por lo menos cada dos (2) años.

Sección 3. El contenido del manual del servicio de medicina nuclear incluirá y no se limitará:

- a) Descripción de los estudios de medicina nuclear disponibles.
- b) Descripción de modalidades terapéuticas.
- c) Instrucciones al paciente sobre procedimientos y terapias.
- d) Horario del servicio y programación de citas.
- e) Orientación a pacientes y familiares.
- f) Medidas de seguridad radiológica y manejo de riesgos.
- g) Medidas a seguir ante errores de administración equivocada de material radioactivo.
- h) Control de infecciones.
- i) Manejo de eventos no esperados con pacientes, empleados o visitantes.
- j) Mantenimiento preventivo y control de calidad de equipo.
- k) Relación interdepartamental.
- l) Registro de control de los materiales radioactivo.

Artículo 7. Expediente de Salud

Sección 1. Se mantendrá un expediente de salud para cada paciente atendido en la facilidad.

Sección 2. El expediente de salud deberá cumplir con los requisitos establecidos en este Reglamento.

Artículo 8. Evaluación de Servicio

Sección 1. El director del servicio establecerá un plan para evaluar la calidad del servicio ofrecido al paciente.

Sección 2. El plan de evaluación de calidad de los servicios de radioterapia formará parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización.

Sección 3. Los resultados de las evaluaciones serán sometidos al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización y discutido con el personal del servicio.

CAPÍTULO XXXIII DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

El gobierno de la organización definirá en su Reglamento el rol y responsabilidades de la facultad en el proceso de donación de órganos y tejidos de acuerdo a la Ley de Donaciones Anatómicas de Puerto Rico y la Condición de Participación de Donación de Órganos, Tejidos y Ojos de Medicare.

Artículo 1. Proceso de Donación de órganos y Tejidos

Sección 1. La administración de la organización mantendrá un contrato vigente con la agencia autorizada y designada en Puerto Rico para la recuperación de órganos y tejidos.

Sección 2. En el contrato estará definida la relación y responsabilidad en el proceso de donación de órganos y tejidos del hospital y de la agencia autorizada.

Sección 3. La administración de la organización establecerá las normas y procedimientos que el personal clínico y no clínico de la facultad debe seguir en el proceso de donación de órganos y tejidos y su inter-relación con la agencia autorizada.

Sección 4. La facultad médica establecerá los protocolos necesarios para la participación de los médicos de la organización en el proceso de donación de órganos y tejidos. Estos protocolos serán aprobados por el Gobierno de la organización.

Sección 5. En las organizaciones en las cuales se realicen trasplantes de órganos y tejidos deberán ser miembros de la Red de Recuperación y Trasplante órganos.

Artículo 2. Personal

Sección 1. La organización será responsable de asignar personal cualificado del hospital para coordinar las actividades relacionadas a la donación de tejidos y órganos.

Sección 2. Estas actividades tienen que estar en coordinación con las actividades que tiene que realizar la agencia autorizada (OPO) en la organización.

Sección 3. La organización será responsable de proveer para que el personal del hospital, de las áreas participantes en el proceso de donación, estén disponibles para ayudar y apoyar a la agencia autorizada en la recuperación de órganos y tejidos donados.

Sección 4. La organización contará con un equipo interdisciplinario compuesto por personal que laborará con candidatos potenciales a donación de órganos.

Sección 5. Las funciones que cada miembro del equipo interdisciplinario tiene que llevar a

cabo, estarán delineadas por escrito, contenidas en el expediente y en el Manual de Normas y Procedimiento de la organización.

Sección 6. El personal tiene que estar disponible las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana.

Artículo 3. Pruebas Diagnósticas Específicas

Sección 1. La organización contará con los recursos necesarios para la realización de pruebas confirmatorias en la implantación del protocolo de declaración de muerte cerebral.

Sección 2. La organización contará con protocolos para la certificación de muerte por cese de funciones cerebrales de acuerdo a la reglamentación estatal y federal vigente.

Artículo 4. Registro de Muerte

Sección 1. La organización mantendrá un registro de todas las muertes ocurridas en la facilidad.

Sección 2. La organización enviará mensualmente copia del registro de mortalidad a la agencia autorizada.

Sección 3. La organización mantendrá documentación que evidencie que la agencia autorizada fue notificada de todas las muertes ocurridas en la facilidad.

Artículo 5. Programa en servicio de adiestramiento

Sección 1. La organización se asegurará que el personal ha sido adiestrado con relación a la donación y recuperación de órganos y tejidos.

Sección 2. La organización debe asegurarse que, en el contenido del programa de adiestramiento, que debe ofrecer la agencia autorizada, sobre el proceso de donación y recuperación de órganos y tejidos, se incluyen temas sobre:

- a) Protocolos clínicos para la donación de órganos y tejidos del hospital e identificación y referido del donante.
- b) Consentimientos de la donación y acercamiento a la familia por el representante designado de la agencia autorizada.
- c) Notificación de muertes.
- d) Importancia de la discreción y confidencialidad de la información relacionada con el donante.
- e) Evaluación y declaración médica de la muerte cerebral.
- f) Pre manejo y manejo del donante.
- g) Recuperación de los órganos y tejidos.
- h) Funciones del hospital y de la agencia autorizada.
- i) Trasplantes y donación incluyendo los casos pediátricos.
- j) Actividades de mejoramiento de la calidad.

Artículo 6. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. La organización mantendrá un Manual de Normas y Procedimientos que incluya

todas las normas y procedimientos que regirán el proceso de donación de órganos y tejidos.

Sección 2. El Manual estará revisado y autorizado por el gobierno, dirección ejecutiva y la facultad médica de la organización.

Sección 3. El Manual contemplará todas las normas y procedimientos requeridos para la donación de tejidos y órganos según dispuestos por la Agencia autorizada en Puerto Rico para la administración del funcionamiento de la donación de tejidos y órganos.

Sección 4. El desarrollo de normas y procedimientos contendrá especificaciones para la cubierta de:

- a) Etapas del proceso de donación de órganos y tejidos establecidos por el hospital y la agencia autorizada (OPO).
- b) Funciones del personal clínico y no clínico del hospital en el proceso de donación.
- c) Funciones del personal de la agencia autorizada.
- d) Protocolos de manejo médico del donante antes y durante el proceso de recuperación de órganos.
- e) Definición de muerte inminente y el tiempo apropiado para la notificación a la agencia autorizada.
- f) Criterios clínicos para la determinación y declaración de muerte cerebral en un paciente adulto y en un paciente pediátrico.
- g) Criterios generales para un donante de órganos.
- h) Criterios para la donación de órganos.
- i) Programa de adiestramiento al personal.
- j) Designación del representante de la agencia autorizada de recuperación de órganos, alcance de sus funciones en el hospital y autorización para acercamiento al familiar del donante.
- k) Orientación al familiar o tutor del donante sobre opciones relacionadas con la donación.
- l) Documentación en el expediente expedientes de salud y normas de confidencialidad.
- m) Reuniones entre representantes del hospital y representantes de la agencia autorizada.
- n) Evaluación de los servicios.
- o) Mecanismos de consulta para atender situaciones de desacuerdo en la determinación de muerte cerebral.

Artículo 7. Reuniones

Sección 1. La organización facilitará la coordinación y celebración de reuniones entre los representantes del hospital y los de la agencia autorizada.

Sección 2. En estas reuniones se deberán discutir entre otros asuntos, la evaluación de los

servicios para la vigilancia continua al cumplimiento, discusión de casos, revisión y actualización de normas y procedimientos.

Artículo 8. Evaluación del Servicio

Sección 1. La organización establecerá un proceso evaluativo, integrado al programa de mejoramiento de la calidad institucional, para la vigilancia y evaluación de los servicios ofrecidos en el proceso de donación de órganos y tejidos.

CAPÍTULO XXXIV SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

La organización establecerá y mantendrá un servicio de trabajo social para satisfacer las necesidades médico sociales de los pacientes que accedan servicios en la institución. El servicio estará disponible, además, a los familiares del paciente o tutores del paciente.

Artículo 1. Dirección o Supervisor del Servicio

Sección 1. El servicio estará supervisado por un Trabajador Social con maestría en Trabajo Social, licencia otorgada por la Junta Examinadora del Trabajo Social de Puerto Rico y la Colegiación anual vigente emitida por el Colegio de Trabajadores de Puerto Rico o dirigido por un Administrador de Servicios de Salud debidamente licenciado y colegiado acorde con las leyes que regulan la profesión.

Sección 2. El director del servicio tendrá conocimiento y destrezas para implantar el código de salud mental vigente.

Sección 3. La autoridad y responsabilidades del director o supervisor estarán establecidas en el Manual de Normas y Procedimientos del servicio y en la descripción de las funciones delegadas por la autoridad ejecutiva de la organización de servicios de salud.

Artículo 2. Personal Profesional

Sección 1. La organización podrá emplear trabajadores sociales con bachillerato a jornada total o parcial de acuerdo a las necesidades del servicio.

Sección 2. Las funciones de este personal estarán definidas en la descripción de funciones contenidas en el expediente de personal y en el Manual de Normas y Procedimientos del departamento o servicio.

Artículo 3. Manual de Normas y Procedimientos

Sección 1. El director o supervisor del servicio mantendrá un Manual de Normas y Procedimientos actualizado, conteniendo todas las normas y procedimientos que regulan la prestación de servicio.

Sección 2. El Manual será revisado como mínimo cada dos (2) años. Será aprobado por la autoridad ejecutiva de la organización de salud.

Artículo 4. Expedientes de salud

Sección 1. El Trabajador Social o Técnicos de Trabajo Social, documentarán sus observaciones e intervenciones en el expediente de salud del paciente. Documentará una nota en el expediente de acuerdo a las normas y procedimientos de documentación establecida por la institución.

Sección 2. Documentarán la evaluación inicial de todo paciente atendido dirigido a documentar la necesidad de tratamiento, cuidado, servicio y plan de alta.

Artículo 5. Facilidades Física

- Sección 1. El espacio físico del servicio estará diseñado de manera tal que permita la privacidad del paciente y/o familia durante las entrevistas médico sociales.
- Sección 2. El área física cumplirá con las normas mínimas requeridas para la construcción y equipo de facilidades de salud aplicables en Puerto Rico.

Artículo 6. Evaluación del Servicio

- Sección 1. El director de servicio establecerá y mantendrá un sistema de evaluación del servicio ofrecido al paciente que permita la identificación y resolución de los problemas para el mejoramiento de los servicios.
- Sección 2. Se mantendrá evidencia de los resultados de las evaluaciones, las acciones correctivas y el seguimiento dado a las mismas.
- Sección 4. El plan de evaluación de calidad de los servicios de trabajo social, formará parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización.
- Sección 5. Los resultados de las evaluaciones serán sometidos al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización y discutido con el personal del servicio.

CAPÍTULO XXXV HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Todo hospital psiquiátrico cumplirá con las disposiciones generales de este reglamento. Además, cumplirá con los criterios específicos establecidos en este capítulo, la Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley 408 del 2 de octubre de 2000, según enmendada, y su reglamento de.

Artículo 1. Certificaciones y Regulaciones

- Sección 1. Los Hospitales Psiquiátricos, los Centros de Salud Mental y Centros de Rehabilitación Sicosocial que tengan licencia con autorización para camas, deberán cumplir con los requisitos de licenciamiento establecidos en en sus respectivos reglamentos.
- Sección 2. La solicitud deberá incluir copia de aquellos documentos requeridos por el Departamento de Salud, incluyendo licencia para ofrecer servicios de salud mental y tratamiento para trastornos adictivos expedida por ASSMCA o evidencia del trámite de solicitud de la misma.

Artículo 2. Personal

- Sección 1. El hospital psiquiátrico tendrá suficiente personal profesional, técnico y consultivo para un proceso integrado de evaluación del paciente que incluya salud física y mental, desarrollo de los planes de tratamiento y recuperación integrados e individualizados, implantación del plan de tratamiento y recuperación, desarrollo de un proceso de planificación de alta e integración a la sociedad.

Sección 2. Director servicios psiquiátrico

- a) El director de los servicios psiquiátricos será un médico autorizado a ejercer la medicina por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico con especialidad en psiquiatría.
- b) Los deberes y responsabilidades del director de servicios psiquiátricos, estarán claramente definidos, sin limitarse a la responsabilidad de la dirección der cuidado médico y psiquiátrico de los pacientes deberá, además:
- 1) Evaluar y vigilar la calidad y efectividad de los servicios y tratamientos

provistos por la facultad médica.

- 2) Garantizar que el Programa de Mejoramiento de la Calidad esté funcionando y vigilando todas las áreas de cuidado de paciente.
 - 3) Participar en el desarrollo e implantación de programas educativos para todos los niveles del personal.
- c) El director clínico cumplirá con los requisitos de adiestramiento y experiencia para certificarse *American Board of Psychiatric Neurology*.

Artículo 3. Facultad médica

Sección 1. La organización será responsable de contar con el número suficiente de médicos de cada una de las categorías de servicios psiquiátricos que provee el hospital. Todos los médicos tendrán licencia vigente expedida por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Sección 2. La organización será responsable de contar con un número suficiente de médicos, quienes serán *board certified* dentro de cada una de las categorías de servicios psiquiátricos que provee el hospital. Estos médicos consultores pueden ser a jornada completa o parcial.

Sección 3. La organización determinar el número adecuado de médicos, considerando los siguientes aspectos:

- a) Número de admisiones y altas.
 - b) Censo por unidades.
 - c) Tamaño y estructura física del hospital.
 - d) Organización y modelo de tratamiento y recuperación provisto a los pacientes.
 - e) Área geográfica de las unidades psiquiátricas.
 - f) Disponibilidad de médicos para cubrir tardes, noches y fines de semana.
 - g) Disponibilidad de psiquiatras consultores con la disponibilidad de médicos no psiquiátricos.
 - h) Disponibilidad de médicos para el equipo multidisciplinario para discutir aspectos de tratamiento de los pacientes.
- Sección 4. La organización tendrá disponibles médicos y otro personal profesional para proveer servicios de diagnóstico y tratamientos médicos, según las necesidades.
- Sección 5. La organización será responsable de que los servicios de diagnóstico y tratamiento estén disponibles inmediata.

Artículo 4. Servicio de Enfermería

Sección 1. Director de Servicio de Enfermería

- a) La organización será responsable de que los servicios de enfermería provistos al paciente con trastorno mental, incluyendo adicciones, cumplan con todos los requisitos de la ley de enfermería.
- b) El servicio de enfermería en un hospital psiquiátrico, estará dirigido por una enfermera especialista, preferiblemente con un grado de maestría en Enfermería Psiquiátrica o Administración.

c) El Director de Servicio de Enfermería contará con la preparación y competencias necesarias en la formulación de planes de tratamientos y recuperación para guiar al equipo interdisciplinario.

d) El Director de Servicio de Enfermería será responsable de la planificación, coordinación, dirección y evaluación del cuidado diestro de enfermería ofrecido a los pacientes.

Sección 2. Personal de Enfermería

a) La organización será responsable de proveer personal de enfermería generalista, asociado y práctico durante las veinticuatro (24) horas cada día.

b) La organización será responsable de proveer el número adecuado y suficiente de enfermeras profesionales, enfermeras prácticas y asistentes en salud mental, para proveer el cuidado de enfermería necesario a cada paciente.

c) El Director de Servicio de Enfermería considerará los siguientes aspectos para determinar el número de personal requerido:

- 1) Organización y modelo de servicios que se proveen en la facilidad hospitalaria.
- 2) Volumen de pacientes, niveles de cuidado y estadia de pacientes.
- 3) Distribución de personal por categoría basado en los roles y funciones requeridos por enfermería.
- 4) Distribución de frecuencia y patrones de tendencia de pacientes con tendencias suicidas y agresivas.
- 5) Distribución de frecuencia y patrones de tendencia de pacientes en reclusión e incidentes por inmovilización o restricción.
- 6) Distribución de frecuencia y patrones de tendencia de accidentes o traumas reportados.
- 7) Distribución de frecuencia de admisiones y altas.

Artículo 5. Servicios Psicológicos

Sección 1. La organización será responsable de proveer servicios psicológicos para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Sección 2. Los servicios psicológicos ofrecidos por la organización incluirán pruebas diagnósticas, pruebas psicológicas o psicométricas, solicitudes, sesiones de terapias individuales, grupales y de familia, participación en el plan de tratamiento y recuperación interdisciplinario.

Sección 3. La organización podrá ofrecer estos servicios de forma directa o por contratos.

Sección 4. Personal de Psicología

a) La organización proveerá un número adecuado de psicólogos para proveer los servicios necesarios a los pacientes.

b) Los psicólogos estarán autorizados a ejercer la profesión por la Junta Examinadora correspondiente.

c) Los deberes y responsabilidades de los psicólogos estarán claramente definidos.

Artículo 6. Servicio Trabajo Social

- Sección 1. La organización será responsable de nombrará un director del servicio de trabajo social, que será responsable de vigilar, evaluar la calidad y efectividad del servicio de trabajo social prestado ofrecidos a los pacientes.
- Sección 2. El servicio de trabajo social se proveerá servicios siguiendo los estándares de práctica aceptables basados en las normas y procedimientos de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales.
- Sección 3. El director del Servicio de Trabajo Social tendrá un grado de maestría de una universidad acreditada.
- Sección 4. La organización será responsable de desarrollar los deberes y responsabilidades del servicio de trabajo social.
- Sección 5. Los servicios de trabajo social ofrecidos por la organización incluirán: evaluación social del paciente, participar en el desarrollo del plan de tratamiento y recuperación, participar en la planificación de alta y reintegración social, evaluación de seguimiento y recuperación del paciente.
- Sección 6. La organización será responsable de desarrollar normas y procedimientos para intercambiar información con otras facilidades con recursos de la comunidad.
- Sección 7. El director de servicio determinará la necesidad del personal para satisfacer las necesidades de los pacientes de acuerdo a la organización y modelo de servicios que se proveen en la facilidad hospitalaria, el volumen de pacientes, y la distribución en la frecuencia de admisiones y altas.
- Sección 8. El personal de trabajo social estará autorizado a ejercer la profesión por la Junta de Examinadora correspondiente.

Artículo 7. Actividades Terapéuticas

- Sección 1. La organización será responsable de desarrollar un programa de actividades terapéuticas que satisfaga las necesidades de los pacientes.
- Sección 2. El programa de actividades estará basado en las necesidades e intereses de los pacientes.
- Sección 3. Este programa estará dirigido a restaurar y mantener los niveles de funcionamiento físico y psicológico a condiciones óptimas.
- Sección 4. La organización será responsable de mantener consistentemente un programa de actividades terapéuticas individualizadas y servicios de rehabilitación y recuperación basado en las necesidades individuales de cada paciente.
- Sección 5. Personal de Terapias Aliadas
- a) La organización será responsable de proveer un número suficiente de terapistas cualificados, personal de apoyo y consultores para proveer un programa de actividades terapéuticas y de recuperación integradas.
 - b) Las actividades terapéuticas y de recuperación serán consistentes con el plan de tratamiento de cada paciente.
 - c) Los deberes y responsabilidades del personal estarán claramente definidos.
 - d) El personal responsable del Programa de Actividades estará cualificado de acuerdo a su clasificación por preparación académica, experiencia y adiestramientos en el manejo de pacientes mentalmente enfermos.

Artículo 8. Expedientes Clínicos

Sección 1. El expediente de salud de los servicios psiquiátricos tendrá la información necesaria para determinar el grado y la intensidad del tratamiento provisto al paciente.

Sección 2. La información del expediente de salud reflejará lo siguiente, sin limitarse a:

- a) Justificación de admisión y tratamiento.
- b) Metas del tratamiento.
- c) Cambios en el status del tratamiento.
- d) Planificación de alta.
- e) Seguimiento y resultado experimentado por el paciente.
- f) Historial físico y tratamiento provisto para su condición psiquiátrica por la cual el paciente fue admitido al hospital.
- g) Datos de identificación.
- h) Diagnósticos de admisión.
- i) Evaluaciones realizadas por los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.
- j) Plan de tratamiento desarrollado por el equipo interdisciplinario.

Sección 3. La organización será responsable de que a cada paciente admitido se le realice una evaluación psiquiátrica.

Sección 4. La evaluación psiquiátrica para pacientes hospitalizados deberá completarse dentro de las veinticuatro (24) horas de la admisión e incluirá historial médico, descripción de impedimentos físicos si alguno, estado mental, historial de comienzo de la enfermedad y circunstancias que ocasionaron la admisión, descripción detallada de la conducta y actitudes del paciente, estado de funcionamiento intelectual, memoria y orientación, descripción de las fortalezas y debilidades o incapacidades del paciente.

Sección 5. La organización será responsable de que la facilidad que ofrece servicios de hospitalización psiquiátrica cumpla con las disposiciones de la Administración de Manejo de Información de Salud, según establecido en este Reglamento y los requisitos de la Ley Núm. 408-2000.

Artículo 9. Plan de Tratamiento, Rehabilitación y Recuperación

Sección 1. La organización será responsable de que a cada paciente se le desarrollará por escrito un plan de tratamiento y recuperación integrado.

Sección 2. El plan de tratamiento individualizado y recuperación integrado del paciente será iniciado en las primeras veinticuatro (24) horas de admisión y revisado a las setenta y dos (72) horas y cada siete (7) días sucesivamente.

Sección 3. El plan de tratamiento y recuperación del paciente estará basado en el inventario de las fortalezas y debilidades o incapacidades.

Sección 4. El plan de tratamiento y recuperación del paciente incluirá los diagnósticos que sirven de base para desarrollar el tratamiento.

Sección 5. El plan de tratamiento y recuperación del paciente incluirá metas a corto plazo y modalidades de tratamiento.

Sección 6. El plan de tratamiento y recuperación del paciente será redactado por el equipo interdisciplinario e incluirá las responsabilidades de cada miembro del equipo interdisciplinario que intervienen con el paciente.

Sección 7. El plan de tratamiento y recuperación del paciente incluirá documentación adecuada para justificar el diagnóstico, tratamiento y actividades de rehabilitación provistos al paciente.

Sección 8. El tratamiento provisto al paciente será documentado de forma que todos los esfuerzos terapéuticos activos se incluyan en el mismo.

Sección 9. La primera revisión del plan de tratamiento será en las primeras setenta y dos (72) horas de haberse admitido al paciente.

Artículo 10. Documentación del expediente de salud

Sección 1. La organización será responsable que la facilidad de que la documentación del expediente de salud cumpla con los requisitos y regulaciones de la Administración de Manejo de Información de Salud, según establecido en este Reglamento.

Sección 2. La documentación del progreso del paciente en el expediente de salud será redactada por el personal que ofrece el cuidado de cada paciente.

Sección 3. La nota de progreso será redactarán diariamente considerando la condición del paciente, exacerbación de sintomatología o eventos de riesgos e incluirán evaluación precisa del progreso del paciente, las recomendaciones del plan de tratamiento y recuperación original o revisado.

Artículo 11. Planificación de alta

Sección 1. El expediente de cada paciente quien haya sido dado de alta tendrá un resumen de alta que incluya el análisis y evaluación del resultado de la hospitalización del paciente.

Sección 2. El expediente de salud de cada paciente dado de alta, tendrá recomendaciones sobre los servicios de seguimiento y cuidados post hospitalización.

Sección 3. En el expediente de salud de cada paciente dado de alta, incluirá un resumen breve de la condición del paciente al ser dado de alta.

CAPÍTULO XXXVI HOSPITAL CERTIFICADO COMO FACILIDAD DE TURISMO MÉDICO

Toda instalación o facilidad que evidencie cumplimiento con los criterios, estándares y procedimientos aplicables, para la operación y licenciamiento de hospitales según requerido en este Reglamento y cumplimiento con la Ley de Turismo Médico de Puerto Rico, según enmendada.

Artículo 1. Certificaciones y Regulaciones

Sección 1. Los Hospitales que ofrezcan servicios de Turismo Médico a pacientes del extranjero, deberán cumplir con los requisitos de licenciamiento establecidos en este Reglamento.

Sección 2. La solicitud deberá incluir copia de aquellos documentos requeridos por el Departamento de Salud, incluyendo licencia y endoso expedida por la Compañía

de Turismo o evidencia del trámite de solicitud de la misma.

Artículo 2. Personal

Sección 1. El hospital cuya licencia de operación incluya certificación de facilidad de Turismo Médico, mantendrá un patrón de personal profesional, técnico y consultivo que garantice la continuidad y calidad de los servicios de salud del paciente.

Sección 2. Director servicios de turismo médico

- a) El director de los servicios de turismo médico, será un médico autorizado a ejercer la medicina por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.
- b) Los deberes y responsabilidades del director de servicios de turismo médico, estarán claramente definidos, sin limitarse a la responsabilidad de la dirección de cuidado de los pacientes deberá, además:
 - 1) Evaluar, vigilará la calidad y efectividad de los servicios y tratamiento provistos a los pacientes.
 - 2) Reportar al Programa de Mejoramiento de la Calidad la evaluación de resultados de la vigilancia de las actividades de turismo medico en el cuidado de paciente.
 - 3) Participar en el desarrollo e implantación de programas educativos para todos los niveles del personal.

Artículo 3. Facultad médica

Sección 1. La organización será responsable de contar con el número suficiente de médicos para ofrecer servicios de turismo médico por el hospital. Todos los médicos tendrán licencia vigente expedida por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Sección 2. La organización será responsable de garantizar que médicos de otras jurisdicciones o territorios de los Estados Unidos de Norteamérica, que deseen ofrecer servicios a sus pacientes en las facilidades hospitalarias, bajo la modalidad de turismo médico cumplan con todos los requisitos aplicables para la otorgación de privilegios temporeros.

Sección 3. La organización tendrá disponibles médicos y otro personal profesional para proveer servicios de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos, según las necesidades.

Sección 4. La organización será responsable de tener disponible los servicios de diagnósticos y tratamiento dentro de la misma facilidad o proveer los mismos a través de acuerdos o contratos con recursos o facilidades externas de servicios de salud.

Sección 5. La organización será responsable que los servicios de diagnóstico y tratamiento estén disponibles inmediata para cualquier paciente que visitante en Puerto Rico para servicios de turismo médico.

Artículo 4. Servicio de Enfermería

Sección 1. El servicio de enfermería estará organizado de acuerdo a las disposiciones de este Reglamento y en cumplimiento las disposiciones de la Ley que reglamenta la Práctica de la Enfermería de Puerto Rico vigente y dirigidos por un Enfermero Especialista.

Sección 2. El Director de Servicio de Enfermería, será responsable de la planificación, coordinación, dirección y evaluación del cuidado diestro de enfermería ofrecido a los pacientes, durante su tratamiento y recuperación.

Sección 3. La organización será responsable de proveer personal de enfermería profesional durante las veinticuatro (24) horas cada día.

Sección 4. La organización será responsable de proveer un número adecuado y suficiente de enfermeras profesionales, enfermeras prácticas y asistentes en salud mental, para proveer el cuidado de enfermería necesario a cada paciente.

Artículo 5. Expedientes de Salud

Sección 1. El expediente de salud de los servicios de turismo médico tendrá la información necesaria para determinar la complejidad y continuidad del tratamiento provisto a los pacientes.

Sección 2. La información del expediente de salud reflejará lo siguiente, sin limitarse a:

- a) Justificación de admisión y tratamiento.
- b) Metas del tratamiento.
- c) Cambios en el status del tratamiento.
- d) Planificación de alta.
- e) Seguimiento y resultado esperados por el paciente.
- f) Historial físico y tratamiento provisto para su condición por la cual el paciente fue admitido al hospital.
- g) Datos de identificación.
- h) Diagnósticos de admisión.
- i) Evaluaciones realizadas por los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.
- j) Plan de tratamiento desarrollado por el equipo interdisciplinario.

Sección 3. La organización será responsable de que a cada paciente admitido se le realice una evaluación física completa, incluyendo las pruebas diagnósticas necesarias.

Sección 4. La organización será responsable que la facilidad que ofrece servicios de hospitalización bajo la modalidad de turismo médico, cumpla con las disposiciones de la Administración de Información de Salud, según establecido en este Reglamento.

Artículo 6. Plan de tratamiento

Sección 1. La organización será responsable que a cada paciente se le desarrolle por escrito un plan de tratamiento, recuperación y alta.

Sección 2. El plan de tratamiento, recuperación y planificación del alta del paciente será iniciado desde el momento de la pre-admisión.

Sección 3. El plan de tratamiento y recuperación del paciente estará basado en los problemas de salud del paciente.

Sección 4. El plan de tratamiento y recuperación del paciente incluirá las pruebas

diagnósticas que sirven de base para el desarrollo del diagnóstico y tratamiento.

Sección 5. El plan de tratamiento y recuperación del paciente será redactado por el facultativo a cargo del cuidado del paciente y presentado al equipo de salud para su implantación.

Sección 6. El plan de tratamiento y recuperación del paciente incluirá documentación adecuada para justificar el diagnóstico, tratamiento y actividades de turismo médico provistas al paciente, como hospedaje en habitaciones de hotel para continuar su recuperación.

Sección 7. El tratamiento provisto al paciente será documentado de forma que todos los esfuerzos terapéuticos activos se incluyan en el mismo, incluyendo su seguimiento en facilidades hoteleras para la recuperación.

Artículo 7. Documentación del expediente de salud

Sección 1. La organización será responsable que los facultativos con privilegios permanentes o temporeros para el ejercicio del turismo médicos cumplan con todas las políticas de documentación del expediente de salud según dispuesto por las regulaciones de la Administración de Información de Salud, establecido en este Reglamento.

Sección 2. La documentación del progreso del paciente en el expediente de salud será redactada por el personal que ofrece el cuidado de cada paciente.

Sección 3. Las notas de progreso se redactarán diariamente considerando la condición del paciente e incluirán evaluación precisa del progreso del paciente, las recomendaciones del plan de tratamiento y recuperación original o revisada.

Artículo 8. Planificación de alta

Sección 1. El expediente de cada paciente que haya sido dado de alta de las facilidades hospitalarias para continuar recuperación en habitaciones de hotel, tendrá un resumen de alta del proceso hospitalario, información del traslado al hotel, incluyendo número de habitación e indicaciones del seguimiento para su recuperación en el hotel.

Sección 2. El expediente de cada paciente dado de alta tendrá recomendaciones sobre los servicios de seguimiento y cuidados post hospitalización.

Sección 3. En el expediente de cada paciente dado de alta incluirá un resumen detallado de la condición del paciente al ser dado de alta y haber completado sus servicios bajo la modalidad de turismo médico. Se requerirá un resumen del alta del servicio de turismo médico.

CAPÍTULO XXXVII DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Cláusula de Adopción de Reglamentación Federal

Sección 1. Se adopta por referencia la reglamentación federal relacionada con los hospitales.

Artículo 2. Interpretación y Separabilidad

Sección 1. Las palabras y frases utilizadas 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.

Artículo 3. Cláusula de Salvedad

Cualquier asunto no cubierto por este reglamento, será resuelto por el Secretario de Salud en conformidad con las leyes, reglamentos, órdenes aplicables y en todo aquello que no esté previsto en las mismas se regirá por las normas de sana administración pública.

Artículo 4. Vigencia

Este reglamento entrará en vigor treinta (30) días luego de su presentación ante el Departamento de Estado de Puerto Rico.

Aprobado en San Juan, Puerto Rico, hoy, _____ de _____ de 2018.

/FDO./DR. RAFAEL RODRÍGUEZ MERCADO
SECRETARIO DE SALUD