

Sección 3. Estas estarán disponibles para inspección por el personal de la Secretaría Auxiliar Para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud.

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.⁶⁵

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 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 alaautoridad ejecutiva de la organizaciónconcerniente 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 dietéticaserá capacitado regularmente mediante adiestramientos especiales continuos.

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 el la autoridad ejecutiva de la Organización.

⁶⁵ JCI, 2014 PC

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

Artículo 7. Manual de Dietas y de Cuidado Nutricional

Sección 1. El manual del cuidado nutricional será desarrollado por una especialista en nutricionista 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 completas de las dietas, alimentación enteral, parenteral y productos nutricionales.

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

Artículo 8. Ordenes 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 el número de habitación, nombre del paciente, orden de alimentación, raciones de alimentos según aplique y preferencia del paciente. 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 desarrollaran ciclos de menús para dietas regulares terapéuticas y modificadas, por lo menos con dos 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

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) Cernimiento 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 cernimiento, evaluación y 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 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) Pacientes geriátricos sometidos a cirugía
- f) Pacientes con nutrición enteral y parenteral
- g) Pacientes con orden médica 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, firma y título de profesional.

⁶⁶ JCI, 2014 PC 1.0

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 Servicios 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 discutirá 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 considerara:
- 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. 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 adecuada

c) Las áreas estarán rotuladas y los alimentos se clasificarán y se almacenarán de acuerdo a su naturaleza

d) Se mantendrá un suministro de alimentos para siete (7) días por lo menos

Sección 2. 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 equipo siempre se mantendrán limpias y ordenadas

Sección 3. 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 desayuno, almuerzo y cena, sin exceder más de 14 horas entre el desayuno y la cena⁶⁷

b) Los alimentos serán transportados en bandejas termos que garanticen que la temperatura de la comida⁶⁸ 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 *StainlessSteel*, los cuales serán limpiados con solución germicida antes y al concluir la distribución de alimentos

e) **El personal responsable de la distribución de alimentos asegura las normas de salubridad y control de infecciones establecida 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 4. Área para el lavado de bandejas, loza y utensilios

a) El área de limpieza y lavado de bandejas, loza y otros utensilios con agua caliente que alcance la temperatura indicada en el ciclo de lavado, será independiente de las demás áreas

Sección 5. 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.

Artículo 16. Prácticas de Higiene y Saneamiento

⁶⁷ Federal Register §483.35(f) Frequency of meals

⁶⁸ Federal Register §483.35(d) Food

Las facilidades físicas y el equipo del servicio de nutrición y dietética tendrán que cumplir con las leyes y reglamentos estatales de higiene y saneamiento⁶⁹.

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 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 absorbentes; no se permiten de madera

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

⁶⁹Food and Drug Administration (2009) Código de alimentos

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 *steamtable* no permanecerán más de treinta minutos 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. Desarrollará un programa de limpieza semanal. Esta actividad será supervisada por la supervisora o directora 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 todos los empleados 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 de 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 la 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 y 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
 - d) 2 Puertas de Salida
 - e) Las puertas de salida estarán libres de obstáculos, abrirán hacia fuera. Las salidas de emergencia estarán rotuladas con rótulos luminosos
- Sección 2. 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 Secretaría

Sección 3. 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

Sección 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

- Sección 1. La Organización establecerá un plan de mantenimiento preventivo del equipo para garantizar y asegurar el funcionamiento de estos.
- Sección 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 prestados⁷⁰.

Artículo 1. Dirección

Sección 1. La dirección, planificación, coordinación y supervisión de los servicios farmacéuticos que se prestan en una facultad 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

Sección 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 conforme a las especificaciones de los médicos.

Sección 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 recluta los servicios necesarios de auxiliares o de aprendices de auxiliares de farmacia autorizados a ejercer como tales por la Junta Examinadora de Farmacia de Puerto Rico, bajo la supervisión directa de los farmacéuticos graduados, 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) Este 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 y administración 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:

⁷⁰Jci, 2014 (MM 01-08)

- 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 o sobrantes, 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 de medicamentos
- e) Normas para el control en la distribución y manejo de narcóticos, incluyendo sobrantes y accidentes
- f) Normas y procedimientos para vigilar por la administración correcta y segura de los medicamentos, las cuales incluyan medicamentos de alto riesgo y la lista de medicamentos no será triturada
- g) Normas para la preparación y administración de soluciones intravenosas
- h) Normas estableciendo cualificaciones, deberes y responsabilidades dentro del servicio
- i) El manual de normas y procedimientos se revisará por lo menos cada dos años y se añadirán nuevas normas según las necesidades vayan surgiendo
- j) Normas relacionados al paro-automático
- k) Normas auto administración de medicamentos, incluyendo medicamentos *at bedside*
- l) Normas y protocolos para el uso de drogas de investigación y drogas de alto riesgo peligroso
- 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

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) Proveerá medicamentos a los pacientes directamente
- b) Atender las necesidades de todos los pacientes servidos
- 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 asfear la contaminación de éstos
- d) Recibir y almacenar drogas y medicamentos bajo las condiciones deseables.
- 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 fregadero 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 reflujo.

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 estará construido de manera tal que pueda ser desarmado para facilitar su ajuste, limpieza y mantenimiento.

Sección 3. El equipo 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 de uso en el Hospital deberá aparecer *en* el formulario del hospital.

Sección 2. Se mantendrá un inventario en almacén o *stock* de medicamentos de acuerdo a las necesidades de los pacientes, incluyendo medicamentos retrovirales para pacientes HIV que sean hospitalizados⁷¹.

Sección 3. El Farmacéutico será responsable con la guía y recomendación del Comité de Farmacia y Terapéutica de las especificaciones de calidad y cantidad de medicamentos y fuentes a obtenerse.

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

Sección 5. En caso de medicamentos genéricos estos deben ser bioequivalentes, según establecido en el libro *ApprovedDrugProducts*⁷².

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, peso, alergias, diagnósticos y fecha en que se ordenó o discontinuó un medicamento, nombre, dosis, ruta y frecuencia del medicamento ordenado.

Sección 7. La rotulación de medicamentos se hará de acuerdo a los requisitos de ley o de los reglamentos que sean aplicables.

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

Sección 9. Las soluciones intravenosas estarán preparadas, rotuladas y distribuidas por la Farmacia haciendo uso de los métodos asépticos necesarios. La información en la etiqueta debe incluir nombre de las drogas mezcladas, fecha y hora en que se mezclaron, fecha y hora en que se comenzó administrar, iniciales del personal de enfermera que lo administró y frecuencia de administración.

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 mantendrán existencias de antídotos aprobados por la facultad médica tanto en farmacia como en otras áreas. Se mantendrá en un lugar visible, los teléfonos del Centro de Control de Envenenamiento.

Sección 12. Se mantendrán normas específicas sobre el uso de drogas peligrosas y estas normas estarán aprobadas por la facultad médica y la administración del hospital.

Sección 13. 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 14. Registros de control

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

⁷¹ Carta Circular del 17 de octubre de 2013, la Honorable Secretaría de Salud, Dra. Ana Rius

⁷² US Food and Drug Administration Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations

- 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 del despacho y uso de drogas controladas claro y vigente, incluyendo sobrantes
- d) El Departamento de Farmacia mantendrán récord de recetas
- e) Se mantendrá una lista de los médicos activos de la institución la cual incluirá el número y firma correspondiente
- f) Los registros de control anteriormente señalados serán retenidos por el tiempo establecido según las leyes que apliquen

Sección 15. Sistema de dispensación y despacho

- a) El sistema de distribución de medicamentos será el que garantice un despacho seguro y eficiente de medicamentos a los pacientes y que cumpla en todo momento con las leyes y reglamentaciones aplicables.
- b) 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 escribir notas concernientes a los medicamentos suministrados 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, 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 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 los Servicios de Terapia Respiratoria será dirigido por un Anestesiólogo o por un Neumólogo.

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

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

Sección 3. El personal técnico 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 terapia respiratoria 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 años.

Sección 3. El Manual incluirá información sobre:

- a) Organización del servicio
- b) Funciones de los Técnicos de Terapia Respiratoria
- 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 oxígeno⁷³
- 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) Ordenes 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

⁷³ OSHA Standards for the Storage of Portable Oxygen Cylinders

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 83 de septiembre 1994⁷⁴.

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 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 indica el tipo, frecuencia en términos de 24 horas y duración de la terapia, medicamento, concentración y dosis; diluyente y dosis; 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 en servicio para el personal.

Sección 2. El Programa de Educación en Servicio el 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 meses al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Organización.

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

⁷⁴Ley 97 de junio de 1962.

CAPÍTULO XXVI

PROGRAMA DE SEGURIDAD Y PLANTA FÍSICA

La Organización establecerá un programa de seguridad dirigido a ofrecer a los pacientes, empleados y visitantes un ambiente seguro; a mantener y proteger la propiedad, y el equipo de la Facilidad⁷⁵.

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 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. Ejecutivo de Seguridad

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

Sección 2. El 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 Ejecutivo de Salud y Seguridad establecerá junto a los miembros del comité de seguridad un Manual de Normas y Procedimientos para la implantación del

⁷⁵ JCI, 2014 LS 01-03

programa.

Sección 2. Este documento estará firmado por el director del programa, el administrador y 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
- 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 causan daño irreversible, gases, médicos y agentes antimoplásticos 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*

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 40 del 3 de agosto de 1993

i) Ley Núm. 133 del 18 de junio de 1999 y su Reglamento del Secretario de Salud Número 102 -Para reglamentar la protección y seguridad de infantes, neonatos o recién nacidos, infantes y niños en las Facilidades 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. 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 vez al año.

b) Se mantendrá evidencia de dicha inspección y del debido endoso por Bomberos de Puerto Rico.

c) Los extintores tienen que ser inspeccionado mensualmente y darle mantenimiento anualmente

d) Se verificará la condición física de los equipos de mangueras contra incendio y 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 a la Facilidad por un mínimo de tres 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 consistiendo de bombeo o con cisternas y sistemas de bombeo

f) El sistema de bombas de las cisternas deben 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 vez al año. Se mantendrá un registro de limpieza

Artículo 7. Servicio de Vigilancia

Sección 1. La Organización establecerá 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 contará con un plan o programa para el manejo de equipo biomédico. Este plan o programa debe proveer para procedimiento 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 manufacturero o agencias concernidas⁷⁶
- 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

⁷⁶ Safe Medical Act, 1990

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 manufactureros 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. Entre 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 establecerlos 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. 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 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 determina la utilización adecuada de los recursos fiscales y humanos en la Organización.

Sección 3. El Programa de Utilización le responderá directamente al Director Ejecutivo o Administrador licenciado y colegiado, según los requerimientos en ley para ejercer la profesión.

Artículo 2. Organización

Sección 4. 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 5. 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 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 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 a ejercer la profesión.

Sección 5. Los casos que presenten controversias en la justificación de pertenencia clínica serán presentados mensualmente en reunión del comité de mejoramiento de calidad 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 del mecanismo 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, 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 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 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 posible de transmisión de condiciones infecciosas⁷⁷.

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 del director ejecutivo.

Artículo 2. Dirección – Autoridad

Sección 1. El Programa de Control Infecciones estará a dirigido por un Epidemiólogo con experiencia y preparación especial en Control de Infecciones o Epidemiología 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 e jornada completa de la Organización y

⁷⁷ JCI, 2014

será responsable de los procesos de vigilancia epidemiológica en el Hospital.

Sección 3. El Epidemiólogo tendrá la autoridad conferida mediante delegación por escrito del Director Ejecutivo o Administrador (según estipulado en ley).

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 infectólogo, 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) profesional certificado en epidemiología con adiestramiento abarcador en control de infecciones a cargo de la vigilancia y coordinación del Programa.

Sección 9. Las funciones del enfermero profesional 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 Facultad.

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 entera 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 urinarios
- h) Infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios

- Sección 1. 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 2. Las normas y procedimientos para el control de infecciones incluyendo las infecciones nosocomiales, pero no se limitarán a cubrir los siguientes procesos:
- a) Identificación de infecciones
 - b) Manejo de desperdicios biomédicos y prácticas de aislamiento
 - c) Esterilización de materiales
 - d) Uso profiláctico de antibióticos
 - e) Limpieza y desinfección de pisos y superficies
- Sección 3. El Comité podrá intervenir, cuando sea necesario, en las siguientes evaluaciones para la prevención y corrección 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 4. 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 5. El Comité desarrollará un plan anual de educación en servicio dirigido a todo el personal de la organización.
- Sección 6. El plan incluirá educación relacionada a la prevención y manejo de procesos infecciosos y tópicos que surjan de situaciones identificadas e intervenidas.
- Sección 7. 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 8. 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 para el Reporte de Enfermedades* de notificación obligatoria de Puerto Rico, según enmendada el 4 de junio de 1983 y Orden Administrativa Número 77 de 18 de noviembre de 2002.
- Sección 9. Las enfermedades de notificación obligatoria se informarán a través del mecanismo establecido o que establezca en el futuro el Departamento de Salud.
- Sección 10. 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 11. El Comité adoptará las guías publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta.

Sección 12. Al establecerse medidas de prevención se toman en cuenta las guías específicas publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta⁷⁸.

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 visitantes⁷⁹.

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. Todo el equipo de la lavandería deben ser limpiados según la guía de control de infecciones.

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

Artículo 4. Personal

⁷⁸ <http://wvCentro para el Control de Enfermedades de Atlantiawww.cdc.gov/spanish/>

⁷⁹ CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health- Care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2003. MMWR 52 (nº. RR-10).

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 establece un protocolo de recogido y transporte de ropa sucia desde el punto de vista de producción hasta la lavandería, estableciéndose 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 debe 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 deberán estar recubiertos con material resistente para la limpieza
- d) El sistema considera un proceso continuo de FIFO⁸⁰ 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

⁸⁰FIRTS in, firtsout (Primero en entrar, primero en salir).

- b) Tipo de suciedad y contaminación
 - c) Tipo de artículos de lavado, incluyendo concentraciones de desinfectantes o germicidas.
 - d) Fases del programas de lavado, incluyendo: temperaturas, productos químicos, detergentes, aditivos y relación carga/agua y tiempo de lavado.
- Sección 2.
- 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 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 realice 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 que cumpla con todos los requisitos de la Junta Examinadora de Enfermeros y

Enfermeras de Puerto Rico o de un trabajador social debidamente licenciada.

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 realizará 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 terapéuticos que ofrezcan de acuerdo a los estándares de la práctica contemporánea de la medicina nuclear diagnóstica y terapéutica.

Sección 2. La Organización podrá ofrecer el servicio de medicina nuclear directamente por la Facilidad 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 terapéuticos 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)⁸¹.

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 debe cumplir con los requisitos de adiestramiento en los siguientes tópicos:
 1. Instrumentación física nuclear o radioactiva
 2. Protección radiológica
 3. Matemáticas asociada a la radioactividad
 4. Radiobiología
 5. Química de los 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 los 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 facilidad 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 garantizara 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).

⁸¹UnitedStatesAtomicEnergyCommission

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 fabricante 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:
- Diariamente se calibraran el sistema de *Constancy y Accuracy*
 - Cada seis (6) meses se calibrara el sistema de *Linearity*
 - Una vez al año o cuando se envía a reparar el sistema de *Geometry*
 - 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 Facilidad.
- 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 Facilidad 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. Las facilidades físicas 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 del 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 se 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:
- 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 visitante
- j) Mantenimiento preventivo y control de calidad de equipo
- k) Relación interdepartamentales
- 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 saluddeberá cumplir con los requisitos establecidos en el 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 radio terapia formará parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Organización.
- Sección 3. Los resultados de las evaluaciones será 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 Facilidad en el proceso de donación de órganos y tejidos de acuerdo a la Ley de Donación y Trasplante de Puerto Rico⁸² y la Condición de Participación de Donación de órganos, Tejidos y Ojos de Medicare⁸³.

Artículo 1. Proceso de Donación de Organos 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 tejidos⁸⁴.
- Sección 2. El contrato estará definida la relación y responsabilidad en el proceso de donación de órganos y tejidos del Hospital y de la agencia autorizada.

⁸²Ley Número 325 del 2 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Donación y Trasplante de Puerto Rico

⁸³ Federal Registerfor 42 CFR 482.45-Donación de órganos, Tejidos y Ojos

⁸⁴OPO: Organ Procurement Organization

Sección 3. La administración de la Organización establecerá las normas y procedimientos que el personal clínico y no clínico de la Facilidad 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 la organizaciones en las cuales se realicen trasplantes de órganos y tejidos deberán ser miembros de la Red de Recuperación y Trasplante órganos⁸⁵.

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.

Sección 7. La Organización tiene que contar con los servicios médicos de un Neurólogo o Neurocirujano para la determinación y declaración de muerte cerebral del donante. Estos especialistas tienen que cumplir con el proceso de credenciales de facultad médica y solicitud de privilegios.

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.

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 A

⁸⁵-OPTN: Organ Procurement and Transplantation Network

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, facultad médica de la Organización.

Sección 3. Las normas y procedimientos siguiendo las recomendaciones la agencia autorizada en Puerto Rico a administrar y operar el 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 médicas sociales de los pacientes que accedan servicios en la Facilidad. 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 Rico⁸⁶ 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.

⁸⁶ Ley 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada

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. Escribirá 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 será sometidos al Programa de Mejoramiento de la Calidad de la organización y discutido con el personal del servicio.

CAPÍTULO XXXV

HOSPITAL SIQUIÁTRICO

Todo Hospital Siquiátrico cumplirá con las disposiciones generales de este reglamento. Además, cumplirá con los criterios específicos establecidos en este capítulo y regulaciones del Reglamento de La Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley 408 del 2 de octubre de 2000.

Artículo 1. Certificaciones y Regulaciones

Sección 1. Los Hospitales Siquiátricos, 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 los 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 ASSMCA⁸⁷ o evidencia del trámite de solicitud de la misma.

Artículo 2. Personal

Sección 1. El Hospital Siquiátrico tendrá suficiente de 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, implementación del plan de tratamiento y recuperación, desarrollo de un proceso de planificación de alta e integración a la sociedad.

Sección 2. Director servicios siquiátrico

a) El Director de los servicios siquiátricos 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 servicios siquiátricos estarán claramente definidos, sin limitarse a la responsabilidad de la dirección del cuidado médico y siquiátrico de los pacientes deberá además

- 1) Evaluar, vigilará la calidad y efectividad de los servicios y tratamiento provistos por la Facultad Médica,
 - 2) Será responsable de garantizar que el Programa de Mejoramiento de la Calidad esté funcionando, 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 siquiátricos 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 siquiátricos que provee el hospital. Estos médicos consultores pueden ser a jornada completa o parcial.

⁸⁷ ASSMCA: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

Sección 3. La Organización determinará 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 disponible médicos y otro personal profesional para proveer servicios de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos, según las necesidades.

Sección 5. 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 mental y tratamiento para trastornos adictivos incluyendo alcohol.

Sección 6. La Organización será responsable que los servicios de diagnóstico y tratamiento estén disponibles inmediatamente.

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 enfermedad mental, incluyendo adicciones, cumplan con todos los requisitos de la ley de enfermería⁸⁸
- b) El servicio de enfermería en un Hospital Psiquiátrico estará dirigido por una enfermera especialista, con un grado de maestría en Enfermería Psiquiátrica
- 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 profesional durante las 24 horas cada día
- b) La Organización será responsable de proveer un número adecuado y

⁸⁸Ley Número 9 de 11 de octubre de 1987

suficientes 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 estadía 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 especiales solicitadas por el médico, sesiones de terapias individuales, grupales y de familia, participación en el plan de tratamiento y recuperación interdisciplinario.

Sección 3. La Organización podrá ofrecer 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 estarán claramente definidos.

Artículo 6. Servicio Trabajo Social

Sección 1. La Organización será responsable de nombrar un Director del Servicio de Trabajo Social, que será responsable de vigilar, evaluar la calidad y efectividad del Servicio de Trabajo Social prestado ofrecido a los pacientes.

Sección 2. El Servicio de Trabajo Social se proveerá 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 de 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 físicas y psicológicas 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 terapeutas 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 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 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 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 conductas 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 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.

Artículo 9. Plan de tratamiento

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

Sección 2. El plan de tratamiento y recuperación del paciente será iniciado en las primeras 72 horas de admisión.

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 a los cinco (5) días de haberse

admitido al paciente.

Artículo 10. Documentación del Expediente de Salud

Sección 1. La Organización será responsable que la Facilidad y 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 serán redactadas por el personal que ofrece el cuidado de cada paciente.

Sección 3. Las notas 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 la 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 MEDICO

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 Núm. 196 de 2010 conocida como Ley de Turismo Médico de Puerto Rico.

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 los reglamentos.

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 Turismo⁸⁹ 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

⁸⁹ Ley Núm. 196 del 2010.

ejercer la medicina por el Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

b) Los deberes y responsabilidades del director servicios s servicios de turismo médico estarán claramente definidos, sin limitarse a la responsabilidad de la dirección der cuidado de los pacientes deberá además:

- 1) Evaluar, vigilar la calidad y efectividad de los servicios y tratamiento provistos a los pacientes.
- 2) Sera responsable de 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 desarrollado 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 contar con un número suficiente de médicos, quienes serán *boardcertified* dentro de la categoría de servicios de turismo médico que provee el hospital. Estos médicos consultores pueden ser a jornada completa o parcial.

Sección 3. 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 4. La Organización tendrá disponible médicos y otro personal profesional para proveer servicios de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos, según las necesidades.

Sección 5. 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 6. La Organización será responsable que los servicios de diagnóstico y tratamiento estén disponibilidad 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 Número 9 de 11 de octubre de 1987.

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 24 horas cada día.

Sección 4. La Organización será responsable de proveer unos números adecuados y suficientes 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 6. 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 7. 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 8. La Organización será responsable de que a cada paciente admitido, se le realice una evaluación física completa, incluyendo las pruebas diagnósticas necesarias.

Sección 9. 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 desarrollará 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 readmisión.

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 diagnósticas que sirven de base para desarrollar el 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 4. 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 saludsegún dispuesto por las regulaciones de la Administración de Información de Salud, establecido en este reglamento.

Sección 5. La documentación del progreso del paciente en el expediente de saludserán redactadas por el personal que ofrece el cuidado de cada paciente.

Sección 6. 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 revisado.

Artículo 8. Planificación de alta

Sección 4. 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 5. El expediente de cada paciente dado de alta tendrá recomendaciones sobre los servicios de seguimiento y cuidados post hospitalización.

Sección 6. 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. Derogación

Se deroga el Reglamento del Secretario de Salud Número 6044 del 7 de noviembre de 1999.

Artículo 1. Separabilidad

Si cualquier Artículo o Inciso de este Reglamento fuere declarado nulo por un Tribunal con competencia, dicha declaración de nulidad no afectará las demás disposiciones del mismo, las cuales continuarán vigentes.

Artículo 2. 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, _____.

Edo.Dra. Ana Rius Armendáriz
SECRETARIA DE SALUD