CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ESTÁNDARES *para implementar el Modelo en* HOSPITALES

EDICIÓN 2018

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Vigentes a partir del 1 de agosto de 2015

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General
Dr. José Narro Robles

Secretario del Consejo de Salubridad General
Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Vocales Titulares:
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Economía
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Instituto Politécnico Nacional
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.
Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Baja California, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Zona Sureste
Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Academia Mexicana de Pediatría, A. C.
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

CCEAM

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretario Técnico de la Comisión
Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud del Estado de Baja California, representante de la Región Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Región Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Región Centro
Secretaría de Salud de Guanajuato, representante de la Región Occidente
Secretaría de Salud de Morelos, representante de la Región Suroeste
Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Región Sureste
Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención, A.C.
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Institutos Nacionales de Salud
Secretaría de Salud del Estado de Sonora
Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.
Dirección de Enfermería y Coordinación General de la Comisión Permanente de Enfermería
Programa IMSS-Prospera

SiNaCEAM
Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

DGAA

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ARTICULACIÓN

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde
Director General Adjunto de Articulación y Responsable del Sistema Nacional Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59036**
Correo electrónico: *javier.soberanes@csg.gob.mx*

Lic. Eduardo José Flores González
Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53522**
Correo electrónico: *eduardo.flores@csg.gob.mx*

Dr. Rodolfo Márquez Martín
Director de Desarrollo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53517**
Correo electrónico: r*odolfo.marquez@csg.gob.mx*

Dr. José Abel González González
Subdirector de Operaciones e Innovación
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59035**
Correo electrónico: a*bel.gonzalez@csg.gob.mx*

Mtra. Ana Luisa Cabrera Ramírez
Subdirectora de Articulación y Gestión Estratégica
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53519**
Correo electrónico: gestión.estrategica@*csg.gob.mx*

Lic. Metztli Xochizuatl Benítez López
Jefa del Departamento de Vinculación
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53592**
Correo electrónico: m*etztli.benitez@csg.gob.mx*

AGRADECIMIENTOS

Evaluadores, Profesores y Colaboradores del SiNaCEAM

Hospitales Certificados

Hospitales en Proceso de Certificación

Todas las Instituciones que colaboraron con comentarios para mejorar los Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015 y Edición 2018

Especialistas y Residentes de Calidad de la Atención Clínica

ÍNDICE

	PÁGINA
El Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM	12
ESTÁNDARES PARA IMPLEMENTAR EL MODELO EN HOSPITALES EDICIÓN 2018	
Diseño de la Edición 2018	16
Acciones Básicas de Seguridad del Paciente	
▶ Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	21
Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente	
▶ Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)	43
▶ Prevención y Control de Infecciones (PCI)	73
▶ Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)	91
▶ Competencias y Capacitación del Personal (SQE)	113
Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente	
▶ Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS)	135
Atención Centrada en el Paciente	
▶ Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)	161
▶ Derechos del Paciente y de su Familia (PFR)	179
▶ Evaluación de Pacientes (AOP)	199
▶ Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	211
▶ Atención de Pacientes (COP)	233
▶ Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)	261
▶ Educación al Paciente y a su Familia (PFE)	273
Gestión de la Organización	
▶ Gestión de la Comunicación y la Información (MCI)	283
▶ Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)	303

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

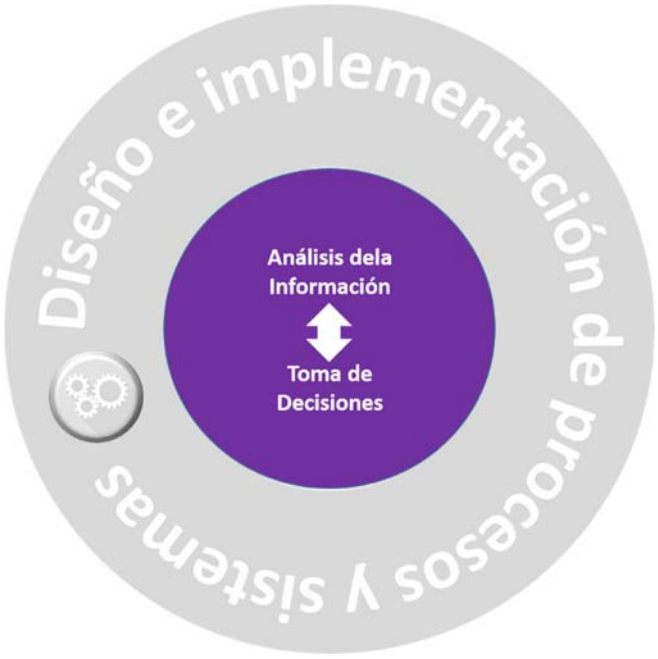
EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

El **Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM** se diseña e implementa a través de estándares que están basados en el diseño y la implementación de *procesos seguros*, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela, para lo cual es necesario definir parámetros que sirvan como barreras de seguridad; el Modelo ha tomado el principio: "***la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias***".

Así mismo el Modelo busca un enfoque de sistema, una integración de toda la organización y un trabajo en equipo interdisciplinario fundamentados en el ***análisis y la toma de decisiones***.



El Modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad de manera estandarizada y sistémica, viendo al hospital como un "todo". Cuando un establecimiento de atención médica implementa el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de él. Es importante que la organización comprenda que el modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, como ya se mencionó anteriormente, ver al hospital como un "todo", en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere del involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.

Otro aspecto importante es el trabajo en colaboración, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos que, como expertos, conocen buenas prácticas y pueden, tomando en cuenta el contexto de la organización, analizar y definir la mejor forma de hacer las cosas.

Al implementar este modelo de calidad con los enfoques tanto proactivo como reactivo, se estará desarrollando en cada organización ***una cultura donde la máxima hipocrática de "primero no dañar" sea una prioridad***.

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ESTÁNDARES PARA IMPLEMENTAR EL MODELO EN HOSPITALES

EDICIÓN 2018

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

DISEÑO DE LA EDICIÓN 2018

*La **EDICIÓN 2018** de los Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales cuenta con los siguientes cambios:*

- ***La sustitución de los estándares de la Edición 2015 por los estándares de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) dentro del Modelo"***
- ***La integración de dos nuevos estándares relacionados con estas acciones (ACC.4.1 y MCI.1.1).***
- ***Las modificaciones resultantes de esta inclusión en el apartado de Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS).***

Es importante recalcar que las AESP han formado parte del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM desde el año 2009; con excepción de lo relacionado a referencia/contrareferencia (ACC4.1) y a la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente (MCI.1.1).

Los **Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015 | EDICIÓN 2018**, constan de ***15 apartados o capítulos*** organizados en ***5 bloques*** de la siguiente manera:

ACCIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (**MISP**)

SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Manejo y Uso de los Medicamentos (**MMU**)
3. Prevención y Control de Infecciones (**PCI**)
4. Gestión y Seguridad de las Instalaciones (**FMS**)
5. Competencias y Capacitación del Personal (**SQE**)

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

6. Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (**QPS**)

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

7. Acceso y continuidad de la atención (**ACC**)
8. Derechos del paciente y de su familia (**PFR**)
9. Evaluación de pacientes (**AOP**)
10. Servicios Auxiliares de Diagnóstico (**SAD**)
11. Atención de pacientes (**COP**)
12. Anestesia y atención quirúrgica (**ASC**)
13. Educación del paciente y de su familia (**PFE**)

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

14. Gestión de la Comunicación y la Información (**MCI**)
15. Gobierno, Liderazgo y Dirección (**GLD**)

Cada ***apartado o capítulo*** está integrado por ***áreas de enfoque***, las cuales son agrupaciones de **Estándares** relacionados entre sí, y a su vez, cada estándar está conformado por un **Título**, un **Propósito** y **Elementos Medibles** (**EM**).

El **propósito** es la justificación, alcance y trascendencia de las acciones, barreras de seguridad y procesos que cada organización debe implementar, acorde a su contexto, complejidad y recursos, siempre con un

enfoque multidisciplinario y sistémico. Es decir, el propósito le dice a la organización por qué, para qué y de qué manera implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.

Los **elementos medibles (EM)** son aquellos requerimientos a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con la implementación del propósito del estándar en forma absoluta.

Los elementos medibles se califican asignando sólo uno de los siguientes puntos:

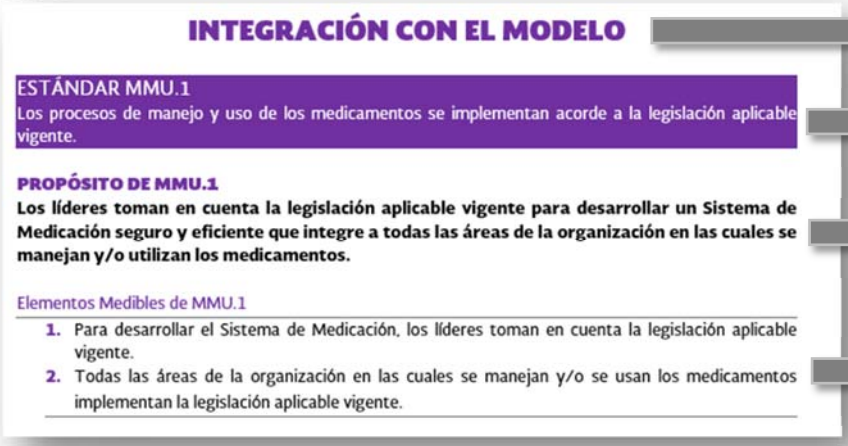
- **Diez (10):** significa que cumple totalmente, es decir, que el requerimiento se ha llevado a cabo acorde a lo solicitado en el propósito del estándar correspondiente y que está implementado de manera consistente y sistémica. Asimismo, significa que su definición y/o implementación tiene, al menos, cuatro meses de evolución/desarrollo.
- **Cinco (5):** significa que cumple parcialmente, es decir, que el requerimiento se ha llevado a cabo acorde a lo solicitado en el propósito del estándar correspondiente, pero que se ha implementado de manera parcial, no estandarizada y que su definición y/o implementación tiene sólo de 1 a 3 meses de evolución/desarrollo.
- **Cero (0):** significa que no cumple, es decir, que el requerimiento NO se definió acorde al propósito del estándar correspondiente, no está implementado o que su definición y/o implementación tiene menos de un mes de evolución/desarrollo.
- **NA (sin valor):** significa que **no aplica** el elemento medible y reduce el denominador para calcular la calificación general. Se califican como **"no aplica"** los requerimientos que no corresponden al contexto de la organización, por ejemplo, si un hospital no cuenta con personal clínico en formación, a los elementos medibles relacionados se les asignará NA.

Lo anteriormente descrito se emplea de la misma manera en los elementos medibles que contienen distintos componentes desglosados en viñetas, por ejemplo, ***un elemento medible que contenga cuatro viñetas debe cumplirlos en su totalidad para poder ser calificado con los criterios arriba descritos***.

Todas las **OBSERVACIONES** generadas durante una Evaluación significan que alguno(s) de los elementos medibles de los estándares involucrados cuentan con ***calificación de 0 ó 5***, debido a alguna o varias de los siguientes puntos:

- No se definió el proceso acorde al propósito del estándar correspondiente.
- El proceso no está implementado.
- El proceso no está estandarizado.
- El proceso no se realiza de manera sistemática cuando corresponde.
- La temporalidad de implementación es menor a cuatro meses.

La **EDICIÓN 2018** de los Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales, se diseñó con el propósito de facilitar su comprensión y consulta, el diseño se basa en colores, marcos, tipos de letra y símbolos.

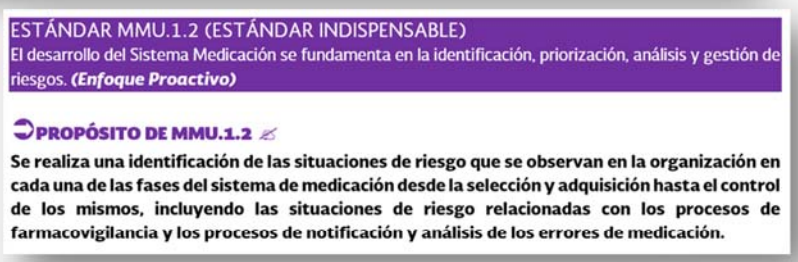


Áreas de Enfoque

Título del Estándar

Propósito en *"**negrita**"* para resaltar su importancia

Elementos Medibles

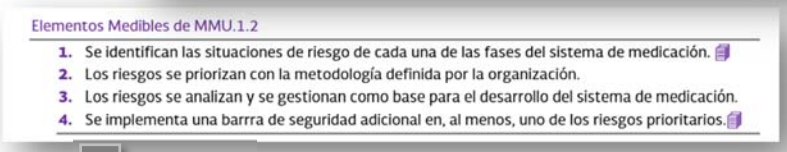


Estándares Indispensables

(Ver Reglas de Decisión): se identifican dentro del Título de la siguiente manera:

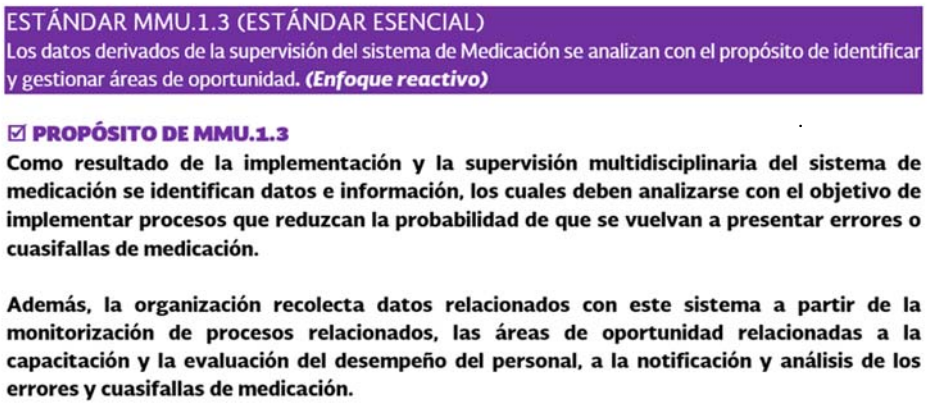
(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Y en el propósito del estándar con el símbolo: ➲



Los procesos que deben definirse y documentarse acorde a lo que solicita cada PROPÓSITO para la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, se pueden identificar de la siguiente manera:

- El símbolo ✍: significa que dentro del propósito se solicita el análisis multidisciplinario y sistémico de una situación o un proceso, que deberá de documentarse.
- El símbolo 🗐: Significa el punto específico que debe describirse y documentarse acorde a lo solicitado en el PROPÓSITO correspondiente. Estos puntos son los que serán evaluados durante la primera actividad de la Evaluación.(Evaluación de la Definición de los Procesos / Sesión de Revisión de Documentos).



Estándares Esenciales

(Ver Reglas de Decisión): se identifican dentro del Título de la siguiente manera:

(ESTÁNDAR ESENCIAL)

Y en el propósito del estándar con el símbolo: ☑

SECCIÓN.1

ACCIONES BÁSICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MISP.1
Identificar correctamente a los pacientes.

AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.A | AESP.1.B

PROPÓSITO DE LA MISP.1

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no estar del todo alertas, pueden ser cambiados de lugar físico dentro del establecimiento (cama, camilla, servicio, reposet, sillón) o puede haber un cambio en su diagnóstico o en la especialidad o disciplina que le brinda la atención; además, los pacientes pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de esta meta es identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; y hacer que los mismos coincida con la persona.

En el diseño del proceso de identificación del paciente se define el *USO de, al menos, dos datos para identificar a un paciente*, por ejemplo: el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. Para este propósito *NO SON DATOS DE IDENTIFICACION:* la ubicación, el padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante; por ejemplo: terapia intensiva, sala B, quirófano 1, cubículo 3, camilla 5, máquina de hemodiálisis 7, reposet 4; el paciente diabético, el paciente de nutrición, el paciente de quimioterapia. Debido a que pueden cambiar durante el proceso de atención lo que aumenta la posibilidad de error que involucra al paciente equivocado.

El diseño del proceso de identificación del paciente también considera todas las posibles variantes en la identificación precisa de los pacientes; por ejemplo, cómo identificar a un paciente desconocido y/o con alteración del estado de conciencia, así como a recién nacidos y productos de embarazos múltiples. Los datos de identificación se pueden encontrar en diferentes medios, por ejemplo: en membretes, brazaletes de identificación, tarjetas, gafetes, entre otros acorde a los recursos y al contexto de la organización, los cuales deberá portar el paciente en todo momento durante el proceso de atención.

Cabe señalar que habrá situaciones en las cuáles los dos datos de identificación sólo se corroboren de manera verbal; por ejemplo, cuando se acude a la aplicación de una vacuna o cuando se realiza una curación de manera ambulatoria.

El proceso para identificar a los pacientes se define, en colaboración y de manera multidisciplinaria y se implementa *antes de los siguientes momentos críticos* de la atención, (SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):

a) la administración de todo tipo de medicamentos
b) la administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
c) la transfusión de sangre y hemocomponentes
d) el inicio de la sesión de hemodiálisis
e) la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
f) la realización de estudios de gabinete
g) los traslados dentro y fuera de la organización
h) la dotación de dietas
i) la terapia de remplazo renal con hemodiálisis
j) aplicación de vacunas
k) la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo
l) el manejo de cadáveres

Estos momentos son *críticos* ya que son en los que se han identificado mayor número de eventos centinela en la atención médica.

La organización define los procedimientos invasivos y de alto riesgo en los que se llevará a cabo la identificación del paciente con el uso de dos datos, al menos, se consideran los siguientes (SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):

- **Procedimientos quirúrgicos**
- **Toma de biopsias**
- **Procedimientos odontológicos**
- **Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros)**
- **Terapia Electroconvulsiva (TEC)**
- **Colocación de accesos vasculares**

Es importante que, como primer paso para poder diseñar el proceso de identificación del paciente acorde al propósito de este estándar, se analice y se identifiquen todos los momentos críticos para la identificación del paciente que se presentan en la organización, así como en qué áreas o servicios y quién los lleva a cabo.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización diseñe el proceso de identificación del paciente, fundamentado en estos lineamientos y que se asegure que la barrera de seguridad se realice de ***manera correcta*** *(utilizando los dos datos de identificación) y en el* ***momento oportuno*** *(antes de los momentos críticos) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.*

Elementos Medibles de MISP.1

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.
2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento o la especialidad o disciplina que le brinda atención.
3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
4. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de ***administrarles medicamentos***.
5. Los pacientes son identificados (usando los dos datos de identificación) antes de administrarles ***infusiones intravenosas*** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
6. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la administración de ***sangre y hemocomponentes***.
7. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la realización de ***estudios de gabinete***.
8. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de extraerles ***sangre u otras muestras para análisis clínicos***.
9. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la ***dotación de dietas.***
10. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de ser ***trasladados*** dentro y fuera de la organización.
11. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de **terapia de remplazo renal con hemodiálisis.**
12. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de la aplicación de ***vacunas***.
13. Los pacientes son identificados (usando al menos dos datos de identificación) antes de proporcionarles ***tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo***.
14. Los cadáveres se identifican usando al menos dos datos de identificación.
15. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.2
Mejorar la comunicación efectiva.

AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.A | AESP.2.B | AESP.2.B.2

PROPÓSITO DE LA MISP.2

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo solicitud o cambio de dieta. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Este estándar debe implementarse en todas las organizaciones en las cuales se reciben indicaciones clínicas y resultados de laboratorio, ya sea de manera presencial o telefónica. La implementación se enfoca en el receptor, ya que es él, quien va a llevar a cabo el proceso de ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER para que el emisor CONFIRME.

La organización diseña, en colaboración multidisciplinaria, un proceso para recibir órdenes/indicaciones clínicas y resultados de laboratorio y gabinete verbales y telefónicos, mediante la implementación del proceso *Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar*, que consiste en:

- **Escuchar completamente la indicación o el resultado**
- **Escribir (papel o medio electrónico) la indicación o el resultado de laboratorio o gabinete**
- **Leer la indicación o el resultado, tal como se escribió,**
- **Confirmar que lo el receptor anotó y leyó es exacto.**

Es importante que la organización tome en cuenta la transcripción que puede llegar a realizarse del lugar donde se escribe la indicación y/o resultado al expediente clínico. Si es así, es necesario considerar esta transcripción dentro del *Sistema de Medicación*.

Se establece la alternativa de Escuchar-Repetir-Confirmar cuando el proceso de *Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar* no sea posible; por ejemplo, durante la realización de procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia; el *proceso alternativo* deberá consistir en escuchar la indicación o el resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es lo correcto.

Se define un lugar estandarizado para escribir la información recibida mediante esta barrera de seguridad con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información.

Este lugar estandarizado lo establece la organización, teniendo en cuenta que la ubicación de esta información escrita en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo.
Puede ser que la organización defina diferentes lugares ya sea, por ejemplo, uno para indicaciones y uno para resultados de laboratorio y gabinete o diferentes lugares dependiendo del servicio, por ejemplo, en un formato en urgencias y en el expediente clínico en hospitalización.

La realización oportuna y en el orden establecido del proceso *Escuchar-Escribir–Leer-Confirmar* reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela cuando se reciben indicaciones clínicas (incluyendo solicitud o cambio de dieta) y resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (presencial o telefónica).

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar acorde al propósito de este estándar se analice y se identifiquen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir órdenes verbales clínicas o telefónicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización, identifique todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones clínicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (telefónica o presencial), y se asegure que barrera de seguridad se realice de **manera correcta** *(en orden del proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar) en* ***el momento oportuno*** *(en el momento de la recepción) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.*

Elementos Medibles de la MISP.2

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal.
2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal basado en lo siguiente:
3. El uso del proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**.
4. La definición de un documento/formato estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.
5. Se realiza el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** cuando se reciben indicaciones de manera verbal.
6. Se realiza el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar** cuando se reciben resultados de laboratorio y gabinete de manera verbal.
7. Se realiza el proceso alternativo de **Escuchar-Repetir-Confirmar** en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
8. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.3
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A2 | AESP.3.H

PROPÓSITO DE LA MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Este estándar debe ser implementado en todas las organizaciones en las cuales se preparen y/o se administren:

a) **Electrolitos concentrados**
b) **Quimioterapia**
c) **Radiofármacos**
d) **Insulinas**
e) **Anticoagulantes por vía parenteral**

Los errores de medicación que involucran a los medicamentos antes mencionados son los que producen la mayor cantidad de eventos centinela.

ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la preparación y/o administración errónea de los electrolitos concentrados. Este error puede ocurrir por diversos factores, por ejemplo, falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las áreas de atención al paciente, no almacenarlos de manera continua en dichas áreas y separarlas del resto de los medicamentos.

La organización identifica en qué áreas es crítico almacenar de manera permanente electrolitos concentrados (por ejemplo, servicio de urgencias, carros de paro, unidades de terapia intensiva, contenedores de medicamentos de emergencia) y define el tiempo máximo de permanencia en las áreas donde se administran, a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con electrolitos concentrados.

Un ejemplo, es solicitar los electrolitos concentrados al almacén o farmacia con un tiempo determinado previo a la preparación y administración de éstos en áreas de hospitalización o servicios donde serán utilizados para reducir el tiempo en que se encuentran en las áreas de atención al paciente.

En colaboración multidisciplinaria se define un proceso para evitar el almacenamiento de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de preparación y administración.

En el caso de electrolitos concentrados, se establece una *alerta visual* individual definida por la organización, la cual es independiente de lo contenido en la etiqueta colocada por el fabricante. El fin de esta alerta visual es ayudar al personal de cada organización a identificarlos claramente como de alto riesgo.

La organización lleva a cabo un análisis, de acuerdo a su contexto y tipo de pacientes que atiende, para determinar cuáles son los medicamentos de alto riesgo establecidos en esta meta.

- **DOBLE VERIFICACIÓN**

En las áreas donde se preparen y administren medicamentos de alto riesgo se implementa la *Doble Verificación* para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.
La *doble verificación* se realiza durante la preparación y la administración de, al menos, los siguientes medicamentos de alto riesgo:

a) **Electrolitos Concentrados.**
b) **Quimioterapéuticos.**
c) **Radiofármacos.**
d) **Insulinas.**
e) **Anticoagulantes vía parenteral.**

La *doble verificación o doble "chequeo" durante los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo*, es una buena práctica basada en la evidencia. Ésta se realiza durante dos momentos: la primera durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo por dos personas competentes en el momento mismo en que se preparan los medicamentos, y la segunda durante el proceso de administración de estos medicamentos por dos personas competentes en el momento mismo del proceso de administración. Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.

La función de las dos personas competentes es que la primera realiza la acción (preparación y administración) y la segunda realiza un proceso consciente de verificación justo en el momento que esa acción (preparación y administración) se está realizando.

La doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo se omite en situaciones de urgencia.

Para diseñar e implementar el proceso de doble verificación acorde al propósito de este estándar, la organización debe identificar y analizar todas las áreas y servicios en donde se preparan y/o administran estos medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral).

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización implemente ambas acciones con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación. Como barrera de seguridad la doble verificación, debe realizarse de **manera correcta** *(con dos personas durante la administración/preparación) en* ***el momento oportuno*** *(mientras se lleva a cabo la preparación y/o administración de, al menos, estos medicamentos) y por personal con las competencias necesarias.*

Elementos Medibles de la MISP.3

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
    - Ubicación, etiquetado individual y resguardo de electrolitos concentrados.
    - Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
        - Electrolitos concentrados.
        - Quimioterapias.
        - Radiofármacos.
        - Insulinas.
        - Anticoagulantes parenterales.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. Los electrolitos concentrados se etiquetan de manera individual.
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
5. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.
6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.4
Procedimientos Correctos.

AESP.4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

AESP.4.A1 | AESP.4.A2 | AESP.4B

PROPÓSITO DE LA MISP.4

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- **Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento,**
- **La falta de participación del paciente, y**
- **La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.**

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.
Es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el *Protocolo Universal,* con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.
Los tres procesos esenciales que conforman el *Protocolo Universal* son:

- **Marcado del sitio anatómico**
- **Proceso de verificación pre-procedimiento**
- **Tiempo fuera o "time-out".**

El *Protocolo Universal* debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine.

MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO

Cuando es posible, el *marcado del sitio anatómico* involucra la participación del paciente o su tutor responsable cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (por ejemplo, dedos de las manos) o niveles múltiples (por ejemplo, columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente (por ejemplo, en cirugía cardiaca donde el abordaje quirúrgico para un mismo procedimiento puede ser esternal o costal).

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento; sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado, médico residente o personal de enfermería (inclusive en formación) supervisado y validado por el médico responsable u otro personal clínico competente, siempre y cuando conozca el caso del paciente y vaya a estar presente durante el procedimiento.

En la cirugía oftalmológica se debe marcar la piel del paciente (por ejemplo, frente, párpado u órbita).

En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado por lo que debe elaborarse siempre un odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.

El marcado del sitio anatómico *puede omitirse* en los siguientes casos y realizarse de manera documental:

- **Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.**
- **Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo, en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.**
- **En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo el marcado documental.**
- **Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo, en mucosas o perineo.**
- **En pacientes prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.**
- **Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel, aun después de brindarle educación acerca de su seguridad.**

■ VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO

El propósito del *proceso de verificación pre-procedimiento* es verificar:

a) **El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).**
b) **El procedimiento correcto.**
c) **La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.**
d) **La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.**
e) **Marcado del sitio anatómico, si corresponde.**
f) **Alergias.**

g) **Riesgo de sangrado, si corresponde.**
h) **Entre otros que defina la organización.**

En el caso de *terapia de remplazo renal con hemodiálisis,* también debe de llevarse a cabo un proceso de verificación pre-procedimiento con el propósito de verificar, al menos, lo siguiente:

a) **El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP 1).**
b) **El procedimiento correcto.**
c) **La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.**
d) **La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.**
e) **Las alergias del paciente.**
f) **El filtro correcto (independientemente si se reúsan filtros)**
g) **La identificación del acceso vascular.**

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica de cada organización.

TIEMPO FUERA

El *tiempo fuera o "Time Out"* es la confirmación de la información en el momento inmediatamente *previo al inicio del procedimiento*, permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia.

Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento. La organización define la manera en que el proceso será documentado.

La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

a) **Transfusión de sangre y hemocomponentes** *(tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto).*
b) **Radioterapia** *(tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).*
c) **Terapia de remplazo renal con hemodiálisis (***tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).*
d) **Procedimientos quirúrgicos**
e) **Toma de biopsias**
f) **Procedimientos odontológicos en unidades ambulatorias**

g) **Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).**
h) **Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.**
i) **Terapia Electroconvulsiva (TEC)**
j) **Colocación de accesos vasculares**

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la Terapia de Remplazo Renal con Hemodiálisis siempre debe llevarse a cabo, para asegurarse que sea el filtro prescrito y, si corresponde, que sea el filtro del paciente en caso de reúsos.

Es importante que la definición de la presente MISP esté vinculada a la definición e implementación de la MISP.1. Además, como primer paso para poder diseñar e implementar el Protocolo Universal o, al menos tiempo fuera, deberá llevarse a cabo un análisis e identificación de todos los procedimientos en los cuales se debe realizar el Protocolo Universal o al menos, el tiempo fuera.

Cada organización define si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera, por ejemplo, el lente intraocular correcto en cirugía de catarata.

Se deberá brindar educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo Fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo a los procesos definidos para la MISP.4.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente el Protocolo Universal teniendo cómo guía la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones; y es muy importante que estas acciones se realicen de la ***manera correcta*** *y en el* ***momento oportuno*** *dando prioridad al Tiempo Fuera justo antes de comenzar el procedimiento.*
La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar los procedimientos.

Elementos Medibles de la MISP.4

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.
2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.
3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda.
4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.
5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
    - El procedimiento correcto.
    - La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
    - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
    - Marcado del sitio anatómico, si corresponde
    - Alergias del paciente.
    - Riesgo de sangrado
    - Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
6. Se realiza y se documenta el tiempo fuera o “Time Out” en el lugar donde se realiza el procedimiento, con la presencia de todo el equipo multidisciplinario y justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
7. Previo al inicio de la terapia (sesión) de remplazo renal con hemodiálisis se lleva a cabo la verificación pre-procedimiento y el tiempo fuera.
8. Justo antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes se lleva a cabo el tiempo fuera.
9. Justo antes de la administración de radioterapia se lleva a cabo el tiempo fuera.
10. Se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo a los procesos definidos para la MISP.4.
11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.5
Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.B

PROPÓSITO DE LA MISP.5

La prevención y el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, incluyendo la atención sanitaria fuera de los establecimientos de salud. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En unidades de atención primaria a la salud, la higiene de manos toma igual relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo en la exploración física de pacientes, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), visitas domiciliarias y actividades de atención a pacientes extramuros (por ejemplo campañas de vacunación), entre otros.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria más comunes son: infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteremias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los hospitales y neumonía adquirida en la comunidad), así como gastrointestinales, entre otras en establecimiento ambulatorios.

Lo fundamental para erradicar éstas y otras infecciones asociadas a la atención sanitaria es la higiene adecuada de las manos (agua y jabón y/o gel con base de alcohol u otro desinfectante que determine el establecimiento). La organización diseña e implementa un *Programa Integral de Higiene de Manos*, el cual se basa en la adaptación o adopción de los lineamientos vigentes para la higiene de las manos, como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Programa Integral de Higiene de Manos se implementa en toda la organización e incluye, al menos:

a) **La monitorización de la calidad del agua (Medición del Cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente)**
b) **Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.**
c) **Educación a pacientes y familiares.**
d) **Capacitación al personal: clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.**
e) **Evaluación, monitorización y análisis de los datos relacionados con la implementación.**

El Programa Integral de Higiene de manos se diseña de manera multidisciplinaria y con enfoque de sistema, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este Programa debe formar parte fundamental del Sistema Crítico de Prevención y Control de Infecciones.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización se asegure que la barrera de seguridad se realice de **manera correcta** *(técnica correcta, Cinco Pasos) en el* ***momento oportuno*** *(Cinco Momentos), para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.*

Elementos Medibles de la MISP.5

1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.
2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.
4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.
5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.
6. El Programa está implementado en toda la organización.
7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.6
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

AESP.6 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAÍDAS

AESP.6.A1 | AESP.6.B1 | AESP.6.B2 | AESP.6.B3

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.6

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, la organización debe *evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas.*

Se debe evaluar intencionadamente el riesgo de caídas en todas las organizaciones en los cuales se internen pacientes o estos permanezcan en observación por un periodo de tiempo en la unidad de atención médica, para recibir atención de emergencia, para realizarse un procedimiento o un tratamiento en el cual puede incrementar el riesgo de sufrir una caída, por ejemplo, cirugía ambulatoria, cirugía de corta estancia, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.

La organización a través de un análisis multidisciplinario identifica las áreas, momentos, o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como quienes son los responsables de evaluarlo y llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.

Esta evaluación se caracteriza por lo siguiente:

- **Realizarse de manera estandarizada a través de una o varias herramientas acordes a la población y a características clínicas específicas de cada paciente o de un grupo de ellos (por ejemplo, pacientes pediátricos, pacientes psiquiátricos), en las cuales se definan criterios específicos para esta evaluación o se adapte o adopte una escala para este fin, siempre y cuando esta sí permita identificar a todos los pacientes con riesgo.**
- **Realizarse en el *primer contacto* clínico del paciente dentro de la organización (por ejemplo, en el servicio de urgencias, o en la admisión o área prequirúrgica cuando se realizan cirugías de corta estancia, a la llegada de un paciente a la unidad de hemodiálisis, al inicio de la sesión de hemodiálisis, al ingreso de un paciente a un área de observación en una clínica de atención primaria, entre otros)**
- **En pacientes hospitalizados, realizarse como parte del proceso de *evaluación inicial.***
- **Revaluarse, al menos, en cada *cambio de turno, cada cambio de área o servicio y/o cada cambio en el estado fisiológico del paciente.***
- **Revaluarse al *término del tratamiento o procedimiento realizado,* cuando el paciente se egresa o es ambulatorio, por ejemplo, al finalizar una sesión de hemodiálisis, al terminar un procedimiento odontológico (de acuerdo al tipo de anestésico empleado y**

el tiempo de duración del procedimiento que pudiera incrementar/modificar el riesgo de caída) o una toma de biopsia.

- **Registrarse de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios definidos por la organización y a las necesidades del paciente.**
- **Como resultado de la evaluación y revaluación, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas evaluado.**

Puede ser que en organizaciones que brindan diferentes servicios, el proceso y criterios, sean diferentes, por ejemplo de una manera en hospitalización y de otra en pacientes ambulatorios, en este caso la organización deberá trabajar por estandarizar cada uno de los procesos definidos en las áreas y/o servicios específicos y tomar en cuenta las transiciones entre los mismos para garantizar la continuidad de la atención (por ejemplo, un paciente ambulatorio se complica y se ingresa a hospitalización).

También es importante señalar que, aunque en todos los pacientes se implementan acciones básicas para prevenir caídas, el propósito de este estándar es priorizar a aquellos con mayor riesgo, por lo tanto, las acciones deberán diferenciarse o incluir una mayor protección.

Así mismo se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso de evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde al propósito de este estándar se analice y se identifiquen los riesgos y los tipos de pacientes a quienes se brinda atención en la organización, para que puedan definirse adecuadamente los criterios específicos para identificar y priorizar a los de alto riesgo mediante la evaluación.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente, la evaluación y revaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada organización en función de las características de sus pacientes con el fin de que, como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementen las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas. ***La manera correcta*** *es utilizando los criterios específicos para determinar el riesgo y los* ***momentos oportunos*** *son al menos seis: primer contacto, evaluación inicial, cambio de turno, cambio de área, cambio fisiológico del paciente, término de tratamiento o procedimiento; por personal con las competencias necesarias.*

Elementos Medibles de la MISP.6

1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario, identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caída.
2. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas.
3. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
4. Se ha definido un proceso para la evaluar y revaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta.
5. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.
6. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.
7. Se evalúa el riesgo de caídas como parte del proceso de evaluación inicial.
8. Se revalúa a todos los pacientes en cada cambio de turno y cambio de área o servicio.
9. Se revalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.
10. Como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.
11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.
12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

SECCIÓN.2

SISTEMAS CRÍTICOS

MANEJO Y USO DE LOS MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

MMU

MMU

Manejo y Uso de Medicamentos

ÁREAS DE ENFOQUE

Integración con el Modelo

▲

Capacitación acerca del Sistema de Medicación

▲

Recursos del Sistema

▲

Selección y Adquisición de los Medicamentos

▲

Almacenamiento de los Medicamentos

▲

Prescripción y Trascripción de los Medicamentos

▲

Distribución, Dispensación y Preparación de los Medicamentos

▲

Administración de los Medicamentos

▲

Control

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR MMU.1

Los procesos de manejo y uso de los medicamentos se implementan acorde a la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE MMU.1

Los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para desarrollar un *Sistema de Medicación* seguro y eficiente que integre a todas las áreas de la organización en las cuales se manejan y/o utilizan los medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.1

1. Para desarrollar el Sistema de Medicación, los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente.
2. Todas las áreas de la organización en las cuales se manejan y/o se usan los medicamentos implementan la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR MMU.1.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

La organización integra un Sistema de Medicación.

☑ PROPÓSITO DE MMU.1.1 ✍

La organización desarrolla un *Sistema de Medicación* que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios y tipos de pacientes a quienes brinda atención, además, este sistema, debe integrar cada una de las siguientes fases:

- **Selección y adquisición;**
- **Almacenamiento;**
- **Prescripción;**
- **Transcripción,**
- **Distribución / Dispensación;**
- **Preparación;**
- **Administración;**
- **Control.**

El objetivo del desarrollo e implementación del *Sistema de Medicación* es integrar los procesos clínicos y administrativos relacionados con el manejo y uso de los medicamentos para proporcionar una farmacoterapéutica segura.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) la planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad;
c) la capacitación del personal;
d) la supervisión integral de todo el sistema;

e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con un enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias. La implementación de este sistema no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino de toda la organización. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. La supervisión del sistema involucra a todo el establecimiento, los servicios de hospitalización, ambulatorios y de especialidades incluyendo todas las fases y procesos (clínicos y no clínicos) que conforman el Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU).

Elementos Medibles de MMU.1.1

1. Se ha desarrollado un Sistema de Medicación que integra, al menos, las siguientes fases:
   - **a.** Selección y adquisición.
   - **b.** Almacenamiento.
   - **c.** Prescripción.
   - **d.** Transcripción.
   - **e.** Distribución / Dispensación.
   - **f.** Preparación.
   - **g.** Administración.
   - **h.** Control.
2. La integración del sistema incluye lo siguiente:
   - La planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas.
   - La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad.
   - La capacitación del personal.
   - La supervisión integral de todo el sistema.
   - La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.
   - Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.
   - El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.
   - La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las fases.
3. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Medicación se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR MMU.1.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El desarrollo del Sistema Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. ***(Enfoque Proactivo)***

➲ PROPÓSITO DE MMU.1.2 ✍

Se realiza una identificación de las situaciones de riesgo que se observan en la organización en cada una de las fases del *Sistema de Medicación* desde la selección y adquisición hasta el control de los mismos, incluyendo las situaciones de riesgo relacionadas con los procesos de farmacovigilancia y los procesos de notificación y análisis de los errores de medicación.

La identificación de las situaciones de riesgo se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta. Esta evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

La organización define una metodología para priorizar los riesgos observados y selecciona, al menos, uno de los riesgos prioritarios e implementa una barrera de seguridad adicional para mejorar la seguridad del paciente.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de MMU.1.2

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Medicación.
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Medicación.
4. Se implementa una barrera de seguridad adicional en, al menos, uno de los riesgos prioritarios.

ESTÁNDAR MMU.1.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad**. *(Enfoque reactivo)***

☑ PROPÓSITO DE MMU.1.3

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del *Sistema de Medicación* se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar errores o cuasifallas de medicación.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de procesos relacionados, las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal, a la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.

Elementos Medibles de MMU.1.3

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Medicación.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN

ESTÁNDAR MMU.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE MMU.2

Para que una organización desarrolle un *Sistema de Medicación* y para que las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con el *Sistema de Medicación* en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de errores y cuasifallas de medicación.

Elementos Medibles de MMU.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Medicación.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.
5. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.
6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
7. La capacitación incluye la identificación y reporte de errores y cuasifallas de medicación.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR MMU.3

Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el *Sistema de Medicación*.

La implementación necesita de la gestión de los recursos para proporcionar los insumos necesarios para que se lleven a cabo cada una de las fases que conforman el *Sistema de Medicación*, además contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización y de los recursos para la capacitación del mismo.

Para llevar a cabo las actividades del *Sistema de Medicación*, es importante que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo las actividades de cada una de las fases del sistema, sus barreras de seguridad (como la conciliación de los medicamentos), la Farmacovigilancia y el análisis de los errores y cuasifallas de medicación.

Los sistemas de información son otro recurso importante para respaldar el desarrollo del *Sistema de Medicación*. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales se integran al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de MMU.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Medicación.
2. Se cuenta con personal competente para la implementación de cada una de las fases del Sistema de Medicación.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Medicación.
4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de información que respalde al sistema medicación.
5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Medicación.

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.4

Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A1

PROPÓSITO DE MMU.4

Cada organización debe establecer su listado de medicamentos y mantener su inventario mínimo para surtir las prescripciones médicas. Esta decisión estará basada en su misión, las necesidades del paciente, el tipo de servicios prestados y la legislación aplicable vigente. La organización elabora una lista de todos los medicamentos que tiene en existencia o que puede obtener de forma inmediata. En algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos (Cuadro Básico). La selección de medicamentos es un proceso de colaboración que tiene en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y el aspecto económico.

La adquisición de los medicamentos, en especial de los electrolitos concentrados, se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

La organización cuenta con un método de gestión para mantener y controlar el listado de medicamentos, así como controlar su uso. Los involucrados en la elaboración y la supervisión del listado de medicamentos son el personal que participa en cada uno de los procesos que conforman el sistema.

La organización define los criterios que utilizará para guiar el proceso de agregar o eliminar medicamentos del listado. Estos criterios incluyen aspectos relacionados con el uso, costo, seguridad y efectividad de cada medicamento. También se define un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos cuando ya se ha decidido agregar un medicamento al listado. Por ejemplo, se puede observar la respuesta del medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado, con el fin de conocer si la respuesta al medicamento en los pacientes ha sido la esperada por los líderes que supervisan el *Sistema de Medicación*.

La lista de medicamentos se revisa, al menos, una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, efectividad, los efectos secundarios y reacciones adversas, así como en la información relacionada con el análisis de errores y cuasifallas de medicación.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los servicios prestados y la legislación aplicable vigente.
2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.
3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.
4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas, errores y cuasifallas de medicación.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.
6. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
7. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
8. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado.
9. El proceso de monitorización está implementado.

ESTÁNDAR MMU.4.1

La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles.

PROPÓSITO DE MMU.4.1

Eventualmente, son necesarios medicamentos de los que no hay existencia o que no están a inmediata disposición de la organización, porque se encuentren agotados, no estén accesibles (por ejemplo, cuando la farmacia está cerrada o los medicamentos se encuentran bajo llave) o no formen parte del listado de medicamentos de la organización. Existe un proceso para aprobar y obtener tales medicamentos. Cada organización necesita establecer la forma de actuar en estos casos y capacitar al personal sobre las acciones a seguir.

Cuando no se cuente con algún medicamento debido a retrasos en la entrega, escasez a nivel nacional o por otros motivos, la organización tiene sistematizada su respuesta para notificar la escasez a quienes prescriben y sugerir medicamentos o procesos alternativos.

Elementos Medibles de MMU.4.1

1. Existe un proceso implementado para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.
2. Existe un proceso implementado para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o los medicamentos están bajo llave.
3. Existe un proceso para notificar a quienes prescriben y sugerencias de alternativas en los casos en que no hay existencia de medicamentos.

ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.5

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.A3

PROPÓSITO DE MMU.5

Los medicamentos se pueden resguardar, por ejemplo, en un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la central de enfermería. En todos los lugares donde se almacenan medicamentos se implementan procesos para:

- **a) Resguardarlos y almacenarlos bajo condiciones adecuadas para su estabilidad;**
- **b) Protegerlos contra robo o extravío en toda la organización;**
- **c) Dar cumplimiento a la legislación aplicable vigente relacionada con los medicamentos controlados y medicamentos de alto riesgo;**
- **d) Etiquetarlos debidamente con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;**
- **e) Llevar a cabo barreras de seguridad relacionadas con los medicamentos de alto riesgo;**
- **f) Inspeccionar periódicamente todas las áreas para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.**

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.5

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.
3. Se cumple con la legislación aplicable vigente relacionada con medicamentos controlados y medicamentos de alto riesgo.
4. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
5. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según el proceso de la organización, para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.

ESTÁNDAR MMU.5.1

Se han definido consideraciones especiales de almacenamiento para productos nutricionales y medicamentos particulares.

PROPÓSITO DE MMU.5.1

La organización define procesos que guían la manera de almacenar algunos tipos de medicamentos, así como los productos nutricionales, que incluye la recepción, identificación y todo tipo de distribución, cuando corresponda para, al menos, los siguientes:

a) **Productos nutricionales;**
b) **Radiofármacos;**
c) **Medicamentos experimentales;**
d) **Medicamentos de muestra;**
e) **Otros definidos por la organización.**

Elementos Medibles de MMU.5.1

1. La organización define un proceso para almacenar los productos nutricionales.
2. El proceso para almacenar productos nutricionales se encuentra implementado.
3. La organización define un proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización.
4. El proceso se encuentra implementado.

ESTÁNDAR MMU.5.2

Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y reguardados en forma segura.

PROPÓSITO DE MMU.5.2

Cuando ocurre una situación de urgencia con un paciente, es fundamental el rápido acceso a los medicamentos necesarios para atenderla. Cada organización identifica los medicamentos que son utilizados en situaciones de urgencia y los sitios donde serán almacenados, por ejemplo: en quirófano se encuentran agentes para revertir la anestesia, en los servicios de urgencias obstétricas se cuenta con los medicamentos necesarios para dar atención a la mujer embarazada con toxemia y hemorragia obstétrica, entre otros.

A fin de garantizar el acceso y resguardo de dichos medicamentos, la organización implementa procesos para evitar el abuso, robo o extravío de dichos medicamentos y para asegurar que los medicamentos sean remplazados cuando se usan, dañan o caducan. Por consiguiente, la organización comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.5.2

1. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, y están fácilmente accesibles dentro de la organización.
2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.
3. Los medicamentos de urgencia se controlan y remplazan oportunamente luego de usarse, cuando se dañan o caducan.

ESTÁNDAR MMU.5.3

Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.5.3

La organización debe definir un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso) por su fabricante o proveedor, por alguna instancia regulatoria o cuando se emite alguna alerta por parte de alguna instancia nacional o internacional, con el fin de evitar que sean administrados a los pacientes. Una vez que el fabricante, proveedor o instancia reguladora determine que es seguro el uso de dichos medicamentos, la organización decide si los seguirá utilizando.

Además, la organización define un proceso que se ocupa del adecuado retiro y desecho de medicamentos vencidos o caducados, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MMU.5.3

1. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).
2. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos.
3. Se ha implementado un proceso que se ocupa del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
4. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentado.

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.6

Se ha definido un proceso para la prescripción segura de medicamentos.

AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.D

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.B

PROPÓSITO DE MMU.6

La organización diseña un proceso para la prescripción segura de los medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar dicho proceso. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. Como las prescripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la organización diseña acciones para prevenir errores y cuasifallas de medicación relacionadas con la ilegibilidad de las prescripciones.

El proceso se diseña con base en buenas prácticas para la prescripción (incluyendo abreviaturas universales, decimales, puntos y comas) y en la legislación aplicable vigente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.6

1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura.
2. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales.
4. El proceso está implementado.
5. El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.
6. El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.

ESTÁNDAR MMU.6.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Existe un proceso para la prescripción completa de medicamentos basado en barreras de seguridad.

PROPÓSITO DE MMU.6.1

A fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente, la organización define cómo deben de realizarse las prescripciones para que sean completas y generen alertas que disminuyan la probabilidad de que se presenten errores de medicación a partir de esta fase.

La organización define el proceso de prescripción segura describiendo cómo se van a llevar a cabo cada uno de los siguientes puntos:

- **a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1.**
- **b) Los requisitos que debe de contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente.**
- **c) La utilización segura de prescripciones "por razón necesaria" y/o "previa valoración médica".**
- **d) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos);**
- **e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos de alto riesgo.**
- **f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal.**
- **g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede autoadministrarse.**
- **h) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo.**
- **i) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos.**
- **j) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones permanentes o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática), por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días, un plan de soluciones parenterales que se suspende a las 12 horas o un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de la intervención quirúrgica.**

Por consiguiente, este estándar define los requisitos para prescribir medicamentos en toda la organización. El proceso implementado se verá reflejado en que se registren/documenten prescripciones completas y seguras (escritas o en medio electrónico) que disminuyan la probabilidad de que ocurran errores de medicación en las siguientes fases al generar alertas de seguridad.

Elementos Medibles de MMU.6.1

1. Se define un proceso para la prescripción completa y segura de los medicamentos que, al menos, incluye los siguientes puntos:
   - Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
   - Los requisitos que debe de contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente.
   - La utilización segura de prescripciones "por razón necesaria" y/o "previa valoración médica".
   - Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos.

- Los requisitos especiales para prescribir medicamentos de alto riesgo.
- Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal.
- Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede autoadministrarse.
- Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo.
- Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos.
- Los tipos de prescripciones especiales permitidas (urgentes, permanentes, suspensión automática, entre otros).

2. Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR MMU.6.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.6.2

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada organización es responsable de identificar al personal con las competencias necesarias para prescribir medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente. Se pueden establecer límites al personal en cuanto prescribir medicamentos especiales como pueden ser los medicamentos controlados, citotóxicos, radiofármacos y/o medicamentos experimentales. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar, identifica a las personas autorizadas para prescribir medicamentos. La organización también identifica quién está autorizado para prescribir medicamentos en situaciones de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.6.2

1. La organización identifica al personal que está autorizado para prescribir medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto o el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos.
2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, prescribe medicamentos.
3. Se han establecido límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda.
4. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.

ESTÁNDAR MMU.6.3 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.C

PROPÓSITO DE MMU.6.3

La transcripción es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado por la organización (prescripción), son escritas en otro documento (por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárdex de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros).

El personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo colabora para identificar aquéllos momentos en donde se realizan las transcripciones y los plasman en un listado; además, con base en este listado, se diseña el proceso para disminuir la probabilidad de error en estas transcripciones. El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las prescripciones, ya sea personal de enfermería, médicos en formación, químicos, nutriólogos o por personal médico autorizado para realizarlo.

Como las transcripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, el proceso establece las acciones para disminuir los riesgos identificados y prevenir errores de medicación.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.6.3

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen los momentos en que se realizan transcripciones de medicamentos.
2. La organización ha diseñado un proceso para transcribir de manera segura.
3. El proceso está implementado.
4. Se ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.
5. El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para transcribir.
6. El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante transcripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.

ESTÁNDAR MMU.6.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.6.4

Durante la prescripción de los medicamentos, los médicos realizan de manera inherente un proceso por medio del cual identifican los medicamentos que el paciente toma de manera crónica o tomó previamente, con el fin de definir los medicamentos que va a prescribir. Como barrera de seguridad, la organización implementa la *conciliación de medicamentos* como un proceso consciente y deliberado en el cual otra persona competente (que NO es quien prescribe) obtiene, a partir de un interrogatorio al paciente o su familia, un listado de los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso para que en el momento entre la prescripción hecha por el médico y la administración de los medicamentos, se comparen estas listas con el propósito de detectar discrepancias, por ejemplo omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

La organización realiza el proceso de conciliación al comparar la lista de los medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión con los prescritos en las indicaciones médicas a su ingreso.

El riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente, por lo cual el proceso de conciliación se implementa cuando:

- **El paciente es trasladado a otro servicio o área de la organización donde se dé continuidad a la medicación.**
- **Se cambia de médico tratante.**
- **Se egresa al paciente.**

La organización asegura la adecuada medicación al realizar el proceso de conciliación de medicamentos durante estas transiciones con el fin de dar continuidad al proceso de medicación. Este proceso consta de los siguientes momentos:

a) Se obtiene el listado de medicamentos que el paciente tomaba antes de su ingreso (tanto medicamentos de ingesta crónica como aquéllos que ingirió antes de su ingreso);

b) Este listado se incluye en el expediente clínico;

c) Se realiza la conciliación (comparación de la medicación actual con la previa), ésta se lleva a cabo en los siguientes momentos y de la siguiente manera, siempre entre los procesos de prescripción y administración:

- **Al *ingreso del paciente* se compara el listado de medicamentos que el paciente tomaba antes de su ingreso con la primera prescripción que se realiza en la organización;**
- **Cuando el paciente *cambia de área o de servicio* dentro del establecimiento (por ejemplo, cambio de urgencias a quirófano, cambio de hospitalización a terapia intensiva, de unidad coronaria a hospitalización, etc.) se compara la última prescripción realizada en el servicio de egreso con la primer prescripción que se realiza en el servicio al que ingresa;**
- **Cuando hay *cambio de médico tratante* se compara la última prescripción que realizó el médico tratante previo con la primer prescripción que realiza el nuevo médico tratante;**
- **Al *egreso,* se compara el listado de medicamentos que tomaba antes de su ingreso al establecimiento en conjunto con la última prescripción realizada durante su internamiento con la receta o instrucciones de seguimiento que se dan al alta.**

d) Cuando el proceso de conciliación de medicamentos da como resultado la detección de discrepancias, éstas se comunican al médico, quien, basado en la información, tomará la decisión de continuar con la prescripción, realizar cambios o suspenderla.

Elementos Medibles de MMU.6.4

1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos.
2. Se documenta una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal competente que realiza la conciliación de los medicamentos.
3. A todos los pacientes se realiza el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso de los pacientes.
4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio.

5. Cuando hay cambio de médico responsable, se realiza la conciliación de medicamentos.
6. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso.
7. Cuando existen discrepancia como resultado del proceso de conciliación, se comunica al médico responsable de la atención.

ESTÁNDAR MMU.6.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.6.5

La revisión de la *idoneidad de la prescripción* es una barrera de seguridad que tiene como objetivo revisar que la medicación sea la adecuada para cada paciente en particular, considerando sus características clínicas, fisiológicas, interacciones medicamentosas, historia de alergias, entre otras. La revisión de la idoneidad de la prescripción se realiza basándose en la realización de un perfil farmacoterapéutico a cada paciente. Este perfil incluye todos los medicamentos prescritos y administrados, esta información permite llevar a cabo el proceso de análisis para revisar la idoneidad de la prescripción. Cada organización define en dónde y cómo se documenta este perfil.

La organización define al personal clínico competente (por ejemplo, un médico, personal de enfermería, un farmacéutico, técnico o profesional capacitado y habilitado) que va a realizar este análisis para cada prescripción (recién ordenada o cuando cambia la dosis), así como la forma en la que este personal adquirirá las competencias para realizar perfiles farmacoterapéuticos y llevar a cabo el análisis para revisar la idoneidad. Como es una barrera de seguridad, la revisión de la idoneidad se debe realizar antes de la administración de los medicamentos y, si se detectan problemas relacionados con la medicación, se contacta a la persona que prescribió el medicamento, para determinar la conducta a seguir.

El proceso para revisar la idoneidad de una prescripción incluye, en cada paciente, la evaluación y el análisis de:

- **a) la dosis, la frecuencia y la vía de administración;**
- **b) la duplicación terapéutica;**
- **c) las alergias o sensibilidades;**
- **d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;**
- **e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento;**
- **f) el peso del paciente y demás información fisiológica; y**
- **g) otras contraindicaciones.**

La revisión de la idoneidad puede no ser necesaria o apropiada en una emergencia o cuando el médico que prescribe está presente a la hora de la preparación, administración y la monitorización del paciente (por ejemplo, en el quirófano, en el servicio de terapia intensiva y en el servicio de urgencias); o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento.

Elementos Medibles de MMU.6.5

1. La organización define el proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción.
2. El establecimiento define qué información específica del paciente se necesita y se documenta en el perfil farmacoterapéutico para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.
3. A todos los pacientes se les realiza un perfil farmacoterapéutico.
4. Se analiza cada perfil farmacoterapéutico y se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la administración de medicamentos. El análisis incluye, al menos, los siguientes elementos:
    a. La dosis, la frecuencia y la vía de administración.
    b. La duplicación terapéutica.
    c. Las alergias o sensibilidades.
    d. Las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.
    e. La variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento
    f. El peso del paciente y demás información fisiológica.
    g. Otras contraindicaciones.
5. Cuando se identifican problemas relacionados con la medicación, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.
6. El personal autorizado para revisar la idoneidad de las prescripciones tiene las competencias para llevar a cabo esta barrera de seguridad.

DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.7 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

PROPÓSITO DE MMU.7

La farmacia, el servicio farmacéutico, las enfermeras o el personal calificado preparan y dispensan los medicamentos en un entorno higiénico y seguro que toma en cuenta la legislación aplicable vigente. La organización identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico, ya sea en áreas de atención a pacientes, servicios farmacéuticos u otros. En todas las áreas donde se preparen y dispensen medicamentos se implementan las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara medicamentos está capacitado en técnicas asépticas.

Si en la organización de preparan medicamentos que requieran un ambiente estéril, se utiliza equipo de protección personal y se emplean las técnicas adecuadas. (Por ejemplo, en el caso de fármacos quimioterapéuticos).

Elementos Medibles de MMU.7

1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con la legislación aplicable vigente y los estándares de práctica clínica actuales.
3. El personal está capacitado en técnicas asépticas para la preparación y dispensación de los medicamentos.
4. El personal utiliza el equipo de protección personal y las técnicas adecuadas cuando se preparan medicamentos que requieren un ambiente estéril.

ESTÁNDAR MMU.7.1

Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.D

PROPÓSITO DE MMU.7.1

La organización dispensa y distribuye medicamentos en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante el proceso de entrega de los medicamentos (distribución y/o dispensación) distribución y la administración. Todos los puntos de distribución de medicamentos en la organización (farmacia central, almacén, subalmacenes,

farmacia hospitalaria) emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación y/o distribución de manera precisa y oportuna, acorde a los recursos y a la estructura *Sistema de Medicación.*

El sistema estandarizado de dispensación incluye verificaciones (procesos redundantes) antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal de la organización y/o al paciente o familiar de acuerdo su proceso.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada y segura.
3. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.
4. El sistema respalda la dispensación precisa.
5. El sistema respalda la dispensación oportuna.

ESTÁNDAR MMU.7.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en un entorno seguro e higiénico.

PROPÓSITO DE MMU.7.2

La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en un entorno higiénico y seguro y, además, toma en cuenta la legislación aplicable vigente. La organización identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara la alimentación parenteral está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de MMU.7.2

1. La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de la alimentación parenteral toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.
3. El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.
4. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado relacionado con la preparación y dispensación de la alimentación parenteral.

ESTÁNDAR MMU.7.3 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los medicamentos se etiquetan de manera segura.

AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.D

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.E

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.3

Un riesgo para la seguridad del paciente se presenta cuando no se identifican los medicamentos o las soluciones intravenosas inmediatamente después de ser preparadas durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo, inclusive cuando se utiliza un solo medicamento.

El etiquetado de los medicamentos es una práctica que reduce el riesgo de errores de medicación; por lo cual la organización reduce el riesgo al etiquetar los medicamentos inmediatamente después de prepararse o verterse en diferentes contenedores. En el etiquetado se identifican, al menos, los siguientes datos:

a) **Datos de identificación del paciente**
b) **Nombre del medicamento**
c) **Dosis, si corresponde**
d) **Concentración, si corresponde**
e) **Vía, si corresponde**
f) **Dilución, si corresponde**
g) **Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde**

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento se administra inmediatamente después de prepararlo.

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser dispensados y/o administrados y, además, se vuelve a verificar (de manera verbal y visual) cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará, la verificación se realiza al comparar el etiquetado contra lo prescrito en el expediente clínico y/o los datos de identificación del paciente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.7.3

1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.
2. El etiquetado incluye, al menos, los siguientes datos:
   - Datos de identificación del paciente
   - Nombre del medicamento.
   - Dosis.
   - Concentración, si corresponde.
   - Vía.
   - Dilución, si corresponde.
   - Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde.
3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.

ESTÁNDAR MMU.7.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.E

PROPÓSITO DE MMU.7.4

Cada organización determina si utilizará medicamentos como multidosis, de ser así define el proceso para su manejo y uso, el cual se basa en un análisis multidisciplinario que integra tanto el enfoque del *Sistema de Medicación* como el del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. Estos medicamentos pueden utilizarse varias veces para el mismo paciente o varias veces con diferentes pacientes.

Es importante que este proceso tome en cuenta las acciones para garantizar la estabilidad farmacéutica de estos medicamentos, su etiquetado y la disminución del riesgo de infección. El etiquetado de los medicamentos multidosis, al menos, incluye la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.7.4

1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis.
2. El proceso toma en cuenta aspectos relacionados con el Sistema de Medicación y la prevención y control de infecciones.
3. El proceso está implementado.
4. Los medicamentos multidosis son etiquetados, al menos, con la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.8

Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.F

PROPÓSITO DE MMU.8

La administración de los medicamentos requiere conocimiento y experiencia. Cada organización es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado acorde a la legislación aplicable vigente. Una organización puede establecer límites a una persona en cuanto a la administración de *medicamentos especiales como pueden ser los medicamentos controlados, citotóxicos, radiofármacos y/o medicamentos experimentales. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos. La organización también identifica quién está autorizado para administrar medicamentos en situaciones de urgencia.**

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.8

1. La organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, administra medicamentos.
3. Se han establecido límites para administrar *medicamentos especiales**, cuando corresponda.
4. El personal involucrado identifica a los autorizados para administrar medicamentos.

ESTÁNDAR MMU.8.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.F

➲ PROPÓSITO DE MMU.8.1

La administración segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes CORRECTOS de la administración de medicamentos:

- **a) la identidad del paciente acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1;**
- **b) el medicamento prescrito;**
- **c) la caducidad;**
- **d) la hora y la frecuencia de administración prescritas;**
- **e) la dosis prescrita;**
- **f) la vía de administración prescrita;**
- **g) la velocidad de infusión; y**
- **h) otros, si la organización así lo define.**

El proceso de administración de medicamentos concluye con la documentación en el expediente clínico.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.8.1

1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar
4. Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.
7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.
8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.
9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MMU.8.2

Se ha definido un proceso que guía procesos especiales de administración de los medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.8.2

Cada organización realiza un análisis para definir los procesos especiales relacionados con la administración de los medicamentos, estos procesos son:

- **La autoadministración de medicamentos.**
- **La administración de los medicamentos que el paciente trae consigo.**
- **La administración de muestras de medicamentos.**

Si en la organización se pueden llevar a cabo alguno(s) de los procesos anteriores, se define un proceso multidisciplinario para supervisar que se lleven a cabo de manera segura. Si la organización define que estos procesos o alguno(s) de ellos no es permitido, se encarga de supervisar que así suceda en la operatividad.

Cuando el proceso de la organización autoriza la autoadministración de medicamentos, el médico del paciente lo autoriza (ya sean los que el paciente trajo a la organización o los que se prescribieron dentro de la misma) y lo documenta en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de MMU.8.2

1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos.
2. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.
3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización.
4. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.
5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.
6. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.

CONTROL

ESTÁNDAR MMU.9 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se implementan actividades de Farmacovigilancia.

PROPÓSITO DE MMU.9

El médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar *Reacciones Adversas a Medicamentos*, (RAM) u otras esperadas, como los efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se pueden ajustar cuando sea necesario. Es control adecuado a la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas, interacciones medicamentosas y cambios en el paciente que aumentan el riesgo de caídas, etc.

La organización cuenta con un proceso que identifica todas las reacciones adversas que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso; cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.

Elementos Medibles de MMU.9

1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
2. Se cuenta con un proceso para la detección de Reacciones Adversas a Medicamentos.
3. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.
4. Las Reacciones Adversas a Medicamentos se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
5. Las Reacciones Adversas a Medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo de la legislación aplicable vigente, en el formato oficial para la Farmacovigilancia.

ESTÁNDAR MMU.9.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación.

AESP.3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

AESP.3.I

☑ PROPÓSITO DE MMU.9.1

Se define un proceso para identificar, notificar y analizar los *errores y las cuasifallas de medicación.* El proceso se basa en el desarrollo de la definición operativa de un error y cuasifalla de medicación, de manera contextualizada a los procesos implementados en la organización; que le permitirán al personal identificarlas y por consiguiente notificarlas.

El proceso de notificación y análisis forma parte del *Sistema de Medicación* y se incluye en el Plan de Calidad y Seguridad del paciente. Este análisis se lleva a cabo por medio de la metodología de patrones y tendencias y si corresponde con la metodología de análisis causa-raíz (Eventos centinela relacionados con la medicación).

El proceso se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión y el aprendizaje de los tipos de errores que han ocurrido en la organización y en otras organizaciones, así como en la identificación de las situaciones de riesgos que podrían dar lugar a uno de estos eventos. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro.

Este proceso se vincula y forma parte del Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas de la organización que a su vez es uno de los cinco elementos del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MMU.9.1

1. Se ha establecido la definición operativa de error y cuasifalla de medicación.
2. Los errores y las cuasifallas de medicación se notifican y se analizan en forma oportuna con la metodología de patrones y tendencias.
3. La organización emplea la información del análisis de los errores y las cuasifallas para mejorar el Sistema de Medicación.
4. El personal está capacitado para identificar y notificar errores y cuasifallas de medicación.
5. Se realiza un análisis causa raíz cuando se identifican y/o notifican eventos centinela relacionados con la medicación.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention and Control of Infections

PCI

PCI

Prevención y Control de Infecciones

ÁREAS DE ENFOQUE

Integración con el Modelo

▲

Capacitación acerca del Sistema

▲

Recursos del Sistema

▲

Enfoque del Sistema

▲

Control del Sistema

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR PCI.1

La prevención y el control de las infecciones son guiados por procesos acordes a la legislación aplicable vigente.

AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➲ PROPÓSITO DE PCI.1

Para desarrollar un *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para implementar todos los procesos tanto clínicos, como no clínicos, y la supervisión de los mismos que se relacionan con la prevención y control de las infecciones; por ejemplo, la vigilancia epidemiológica, el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos y el manejo de los alimentos, entre otros.

Elementos Medibles de PCI.1

1. Para desarrollar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones, los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente.
2. Todas las áreas de la organización implementan la legislación aplicable vigente relacionada con la prevención y el control de las infecciones.
3. En todos los procesos clínicos y no clínicos relacionados con la prevención y el control de las infecciones se implementa la legislación aplicable vigente.
4. Si corresponde al contexto de la organización se cuenta con un Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud y una Unidad de Vigilancia epidemiológica Hospitalaria.
5. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones relacionadas a la atención sanitaria, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR PCI.1.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

☑ PROPÓSITO DE PCI.1.1✍

La organización desarrolla un *Sistema de Prevención y Control de Infecciones*, que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios y tipos de pacientes a quienes brinda atención; además de adecuarse al tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, la complejidad y el alcance de sus procesos.

El *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* se enfoca en, al menos, los siguientes puntos:

- **Infecciones Relacionadas a la Atención Sanitaria;**
- **Vigilancia epidemiológica;**
- **Precauciones estándar en la atención de la salud;**

- **Esterilización y desinfección;**
- **Limpieza;**
- **Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos;**
- **Manejo de la ropa;**
- **Alimentación;**
- **Reúso de Desechables;**
- **Hemodiálisis;**
- **Procesos de medicación (MMU);**
- **Salud y Seguridad de los trabajadores (SQE);**
- **Supervisión de la calidad del agua (FMS);**
- **Mantenimiento y Controles de ingeniería (FMS);**
- **Servicio de Ambulancias (ACC);**
- **Vacunación;**
- **Seguridad en construcciones o remodelaciones.**

El objetivo del desarrollo e implementación de un *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* es implementar acciones específicas con enfoque multidisciplinario en toda la organización para reducir el riesgo de infección en pacientes, personal y visitantes durante los procesos clínicos y no clínicos relacionados.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) la planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados;
b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad;
c) la capacitación del personal;
d) la supervisión integral de todo el sistema;
e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias. La implementación de este sistema no sólo es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, sino de toda la organización. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. La supervisión del sistema involucra a toda la organización y los procesos relacionados.

El sistema es coordinado de manera integral por un Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) acorde a la legislación aplicable vigente. La coordinación implica comunicarse con todas las áreas del establecimiento para garantizar que el Sistema sea continuo y proactivo. El proceso de la coordinación y supervisión del Sistema incluye la detección, investigación, registro, notificación y análisis de la información, además de la capacitación para la prevención y control de las Infecciones.

Elementos Medibles de PCI.1.1

1. El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, los servicios que ofrece y el tipo de pacientes a quienes brinda atención.
2. Todas las áreas de la organización donde se brinde atención a pacientes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
4. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
5. Se ha desarrollado un Sistema de Prevención y Control de las Infecciones que integra, al menos, las siguientes áreas de enfoque:
   - Infecciones Relacionadas a la Atención Sanitaria.
   - Vigilancia epidemiológica.
   - Precauciones estándar en la atención de la salud.
   - Esterilización y desinfección.
   - Limpieza.
   - Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
   - Manejo de la ropa.
   - Alimentación.
   - Reúso de Desechables.
   - Hemodiálisis.
   - Procesos de medicación.
   - Salud y Seguridad de los trabajadores.
   - Supervisión de la calidad del agua.
   - Servicio de Ambulancias.
   - Vacunación.
   - Mantenimiento y Controles de ingeniería.
   - Seguridad en construcciones o remodelaciones.
6. La integración del sistema incluye lo siguiente:
   - La planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados.
   - La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad.
   - La capacitación del personal.
   - La supervisión integral de todo el sistema.
   - La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.
   - Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.
7. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.
8. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.
9. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR PCI.1.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. ***(Enfoque Proactivo)***

➲ PROPÓSITO DE PCI.1.2 ✍

Se realiza una identificación de los procesos asociados a riesgo de infección que se observan en la organización en cada una de las áreas de enfoque del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. Esta identificación de las situaciones de riesgo se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta.
La evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

La organización define una metodología para priorizar los riesgos observados y selecciona, al menos, uno de los riesgos prioritarios para implementar una barrera de seguridad adicional con el propósito de prevenir eventos adversos o centinela.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de PCI.1.2

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. 🗐
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
4. Se implementa una barrera de seguridad adicional para prevenir eventos adversos o centinela. 🗐

ESTÁNDAR PCI.1.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. ***(Enfoque reactivo)***

☑ PROPÓSITO DE PCI.1.3

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de mejorar o rediseñar los procesos existentes e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar infecciones.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de procesos implementados relacionados con cada una de las áreas de enfoque (por ejemplo, la supervisión del proceso de reúso de desechables, del manejo de la ropa, las tasas de infección, entre otros), las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y

evaluación del desempeño del personal, a la notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.

Elementos Medibles de PCI.1.3

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados con cada una de las áreas de enfoque del sistema.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

ESTÁNDAR PCI.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➲PROPÓSITO DE PCI.2

Para que una organización desarrolle un *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* y para que las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con el *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con la prevención y el control de las infecciones.

Elementos Medibles de PCI.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.
5. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.
6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
7. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas a la prevención y control de las infecciones.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.3

Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

➲ PROPÓSITO DE PCI.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el *Sistema de Prevención y Control de Infecciones*. La implementación de los procesos que integran el *Sistema de Prevención y Control de Infecciones* necesita de la gestión de los recursos para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización. Estos recursos incluyen insumos, personal competente y sistemas de información.

Para llevar implementar el *Sistema de prevención y Control de Infecciones*, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, (esto es: la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la definición de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación).

Otro recurso importante son los sistemas de información los cuales permiten dar seguimiento y analizar los procesos asociados a riesgos de infección, tasas, tendencias e indicadores para controlar y supervisar el sistema. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de PCI.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.
2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.
4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de Información que respalde al sistema de prevención y control de infecciones.
5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones.

ENFOQUE DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.4

La organización establece las prioridades de las Infecciones Relacionadas a la Atención Sanitaria.

PROPÓSITO DE PCI.4

Cada organización debe identificar las *infecciones* importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, los dispositivos y procedimientos asociados con el propósito de implementar acciones para reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

La organización tiene en cuenta las infecciones y los procesos que afectan:

- **a) las vías respiratorias, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;**
- **b) las vías urinarias, tales como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con las sondas urinarias permanentes, los sistemas de drenaje urinario y su atención, etc.;**
- **c) los dispositivos intravasculares invasivos, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;**
- **d) los sitios quirúrgicos, tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;**
- **e) las enfermedades y organismos más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; y**
- **f) las infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.**

Se incluyen actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección y la investigación de brotes de enfermedades infecciosas.

Elementos Medibles de PCI.4

1. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioridades.
2. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioridades.
3. Los dispositivos invasivos se incluyen como prioridades.
4. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.
5. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.
6. Las infecciones emergentes o recurrentes se incluyen como prioridades.

ESTÁNDAR PCI.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución estándar.

PROPÓSITO DE PCI.5

Las *medidas de precaución estándar* son herramientas fundamentales para la prevención y control de las infecciones, éstas se basan en el método para evitar el contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido. Las medidas

de aislamiento reducen la probabilidad del riesgo de infección por exposición. El personal es capacitado para manejar a pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.

La organización identifica aquellas situaciones en las que se necesitan cubrebocas, protección ocular, batas y/o guantes, y cualquier otro equipo de protección personal que minimice el riesgo de contagio e imparte capacitación para usarlos correctamente.

El Sistema de Protección y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos (MISP.5) y lo incluye dentro de sus actividades de identificación de riesgos y análisis de la información.

Elementos Medibles de PCI.5

1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas, son aislados conforme a la legislación aplicable vigente y las guías de práctica clínica recomendadas.
2. Se aísla a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.
3. Se ha definido una estrategia para manejar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
4. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar equipo de protección personal.
5. El equipo de protección personal está disponible y se usa correctamente en dichas situaciones.
6. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.
7. El sistema de Prevención y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos.

ESTÁNDAR PCI.6

La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo.

PROPÓSITO DE PCI.6

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de *limpieza, desinfección y esterilización* en toda la organización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás materiales, dispositivos y equipos utilizados para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, desinfección y esterilización pueden darse en un área de esterilización centralizada o en otras áreas de la organización, tales como áreas de endoscopía, inhaloterapia, hemodinamia, hemodiálisis, odontología, consulta externa, entre otras, ya sean servicios propios o subrogados. Para cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad y se supervisan de manera periódica; por ejemplo, los procesos de esterilización se validan por medios físicos, químicos o biológicos, según corresponda.

El riesgo de infección aumenta con el reúso de material y dispositivos desechables. La organización identifica los materiales y dispositivos desechables que pueden volver a utilizarse y se realiza un listado de los mismos. A partir de esta identificación se define un proceso adecuado y controlado de limpieza y esterilización, el cual, al menos, incluye los siguientes elementos:

a) El número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar y los mecanismos que aseguren que esto se lleve a cabo;
b) Los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;
c) Los procesos de limpieza y esterilización de cada dispositivo;
d) El proceso de recolección, análisis y uso de datos relacionados con dispositivos y materiales reutilizados.

Elementos Medibles de PCI.6

1. La organización implementa procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
2. Existe un proceso coordinado y periódico de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
3. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de materiales, dispositivos y equipo.
4. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
5. La organización identificó y realizó un listado que contiene los materiales y dispositivos desechables que pueden reutilizarse.
6. Se ha implementado un proceso que guía el proceso de reúso de materiales y dispositivos desechables, el cual incluye, al menos, los siguientes elementos:
   - El número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar y los mecanismos que aseguren que esto se lleve a cabo.
   - Los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar.
   - Los procesos de limpieza y esterilización de cada dispositivo.
   - El proceso de recolección, análisis y uso de datos relacionados con dispositivos y materiales reutilizados.
7. Existe un proceso coordinado de supervisión de la limpieza, sanitización y esterilización en toda la organización.

ESTÁNDAR PCI.7

La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa.

PROPÓSITO DE PCI.7

El riesgo de infección para el personal y para los pacientes se minimiza a través del *manejo correcto de la ropa limpia, sucia y contaminada*. El manejo de la ropa incluye el lavado, distribución, transporte y almacenamiento, así como el confinamiento de la ropa sucia y contaminada. En cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad. Para cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad que minimicen los riesgos de contaminación e infección, estos procesos son supervisados de manera periódica.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.7

1. El lavado de la ropa se realiza a través de un proceso que reduce los riesgos de infección.
2. Se implementan procesos de transporte, distribución y almacenamiento de la ropa limpia que minimizan los riesgos de contaminación.
3. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa sucia, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.
4. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa contaminada, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.
5. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con el manejo de la ropa.

ESTÁNDAR PCI.8

La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

PROPÓSITO DE PCI.8

Los establecimientos de atención médica producen a diario un volumen considerable de *Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos,* por consiguiente, su debido manejo (identificación, envasado, almacenamiento temporal, recolección, transporte externo y destino final) contribuye a la reducción del riesgo de infecciones. Estos procesos se implementan acorde a la legislación aplicable vigente.

El personal tanto clínico como no clínico expuesto a accidentes por punzocortantes es capacitado para su adecuado manejo; sin embargo, existe el riesgo de punción, por lo cual la organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.8

1. Se implementa un proceso seguro de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.
2. El personal es capacitado en el manejo seguro de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
3. El manejo y desecho de sangre y hemoderivados se maneja de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.
4. La operación del área de depósito de cadáveres y autopsias se lleva a cabo de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.
5. La organización se ocupa de que el destino final de estos desechos se lleve acorde a la legislación aplicable vigente.
6. La organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.
7. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con el manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

ESTÁNDAR PCI.9

La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería.

PROPÓSITO DE PCI.9

El *mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los servicios prioritarios para la operación del establecimiento,* contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección. Dentro de esta área de enfoque se incluyen los sistemas de ventilación, el control de la temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, entre otros.

La organización implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería por personal con las competencias necesarias.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.9

1. Se implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y el control de las infecciones.
2. Se incluyen, al menos, los Sistemas de ventilación, el control de temperatura ambiental, y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina.
3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados.

ESTÁNDAR PCI.10

La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos.

PROPÓSITO DE PCI.10

El servicio de alimentación de las organizaciones es un área crítica en la prevención y control de infecciones, debido a que existen mecanismos de transmisión de gérmenes hacia consumidores (pacientes, trabajadores y visitantes) que se relacionan a un inadecuado almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de los alimentos. La organización implementa un proceso seguro para el *manejo de los alimentos* acorde a la legislación aplicable vigente y capacita al personal para que lo lleve a cabo.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.10

1. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.
2. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.
3. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.
4. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen, al menos, nivel de cloración y búsqueda de *Vibrio Cholerae* de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
5. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con el manejo de los alimentos.

ESTÁNDAR PCI.11

La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones.

PROPÓSITO DE PCI.11

En los establecimientos de atención médica son comunes las *adecuaciones, construcciones y las remodelaciones* y éstas aumentan la probabilidad de infección ya que generan polvo y humedad; debido a esta situación hay un alto riesgo de infección por hongos (por ejemplo, Aspergillus) y este se incrementa en pacientes inmunocomprometidos.

Por consiguiente, cada organización debe planear estas actividades y definir un proceso proactivo de evaluación de riesgos con base en criterios específicos, por ejemplo: tipo de construcciones o remodelación, duración, lugar donde se llevarán a cabo, tipo de pacientes que se encuentran en ese sitio, entre otros. Acorde a esta evaluación de riesgos se implementan medidas para minimizar el riesgo de infección.

Elementos Medibles de PCI.11

1. La organización define un proceso para la evaluación de riesgos previo a que se lleve a cabo una adecuación, construcción o una remodelación.
2. Se implementan medidas para minimizar los riesgos de infección y el impacto de una construcción o una remodelación.

ESTÁNDAR PCI.12

La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación.

PROPÓSITO DE PCI.12

Durante el *manejo y uso de los medicamentos* se identifican procesos asociados a riesgo de infección, por ejemplo, el almacenamiento y la preparación de los medicamentos en áreas no higiénicas, el manejo de medicamentos multidosis, el mantenimiento de la cadena de frío con las vacunas, entre otros. La organización define procesos que garanticen el adecuado manejo y uso de los medicamentos y vacunas desde el punto de vista de prevención de infecciones.

Elementos Medibles de PCI.12

1. Se identifican los procesos asociados al riesgo de infección relacionados al manejo y al uso de los medicamentos y vacunas.
2. Se implementan medidas para minimizar estos riesgos de infección.

ESTÁNDAR PCI.13

La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones y medios de transporte.

PROPÓSITO DE PCI.13

El ambiente hospitalario puede contribuir al riesgo de infecciones en pacientes, familiares, personal de salud y visitantes, en éste se incluyen áreas físicas tales como pasillos, habitaciones y salas de internamiento, pacientes y zonas donde se encuentran y circulan los familiares y visitantes.

Los *servicios de limpieza* de las instalaciones (propios o subrogados) forman parte importante de las actividades de prevención y control de infecciones, por lo que la organización define procesos específicos que colaboren a mantener instalaciones y *medios de transporte* limpios y seguros, y éstos se adecúan a el tipo de pacientes y servicios que otorga la organización.

Cuando sea necesario trasladar al paciente en un medio de transporte interno o externo (por ejemplo: camillas, sillas de ruedas, el servicio de ambulancias) se implementan procesos adecuados de limpieza y desinfección para minimizar los riesgos de infección.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.13

1. La limpieza y desinfección de las instalaciones es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.
2. La limpieza y desinfección de los medios de transporte es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.
3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados.

ESTÁNDAR PCI.14 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

➲PROPÓSITO DE PCI.14

La *terapia de remplazo renal con hemodiálisis* es un área de enfoque crítica para el Sistema de Prevención de infecciones. La organización implementa procesos seguros que minimicen los riesgos de infección asociados con, al menos, los siguientes puntos:

a) Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de remplazo renal con hemodiálisis;
b) Manejo de accesos vasculares;
c) Atención de pacientes seropositivos;
d) Reúso de filtros, si corresponde.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.14

1. Se implementan procesos seguros que minimizan el riesgo de infección durante la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:
   - Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
   - Manejo de accesos vasculares.
   - Atención de pacientes seropositivos.
   - Reúso de filtros, si corresponde.
3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para los servicios subrogados relacionados con la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

CONTROL DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.15

La organización realiza actividades de control de las infecciones.

PROPÓSITO DE PCI.5

El proceso de control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y visitantes. A fin de alcanzar este objetivo, rastrear y analizar, en forma intencionada, las tasas, los patrones y las tendencias de las infecciones. Para lo cual utiliza la información para mejorar las actividades de prevención, control y reducción de las tasas de infecciones a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que puede usar los datos y la información de control es comparando las tasas y tendencias con las de otras organizaciones similares, estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.

Se realizan actividades de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de las infecciones conforme a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PCI.5

1. Se rastrean las tasas de infecciones relacionadas a la atención sanitaria.
2. Se analizan los patrones y las tendencias de las infecciones relacionadas a la atención sanitaria.
3. El control emplea indicadores de infecciones relacionadas a la atención sanitaria.
4. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.
5. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de infecciones relacionadas a la atención sanitaria se comparan con las de otras organizaciones.
6. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de infecciones relacionadas a la atención sanitaria se comparan con estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.
7. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones relacionadas a la atención sanitaria, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

FMS

FMS

Gestión y Seguridad de las Instalaciones

ÁREAS DE ENFOQUE

Integración con el Modelo

▲

Capacitación acerca del Sistema

▲

Protección de la Organización

▲

Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos

▲

Seguridad contra Peligros relacionados a Fuego y Humo

▲

Equipo y Tecnología Biomédica

▲

Servicios Prioritarios para la Operación

▲

Manejo de Emergencias Externas

▲

Vinculación con el Programa Hospital Seguro

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR FMS.1
La seguridad de las instalaciones es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente

PROPÓSITO DE FMS.1

Los líderes de la organización toman en cuenta la legislación aplicable vigente para desarrollar un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones acorde a la ubicación geográfica del establecimiento y a otros factores, por ejemplo, los años de construcción y las características de la población a la que prestan servicios.

Los líderes de la organización son responsables de:

a) **Implementar las leyes, reglamentaciones locales, nacionales y demás requisitos; por ejemplo, lo relacionado con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Energía, Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.**
b) **Planear y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por el análisis de los datos derivados de la implementación para cumplir con los requisitos correspondientes.**

Elementos Medibles de FMS.1

1. Los líderes de la organización implementan las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden al desarrollo de un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
2. Los líderes la organización analizan los datos derivados de la implementación para planear y presupuestar actualizaciones o sustituciones necesarias.

ESTÁNDAR FMS.1.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

☑ PROPÓSITO DE FMS.1.1 ✍

La organización trabaja para desarrollar un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, el cual debe integrar, al menos, las siguientes seis áreas:

- **Protección de la organización;**
- **Materiales, sustancias y residuos peligrosos;**
- **Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo;**
- **Equipo y tecnología biomédica;**
- **Servicios prioritarios para la operación;**
- **Manejo de emergencias externas.**

El objetivo del desarrollo e implementación de un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones es proporcionar una instalación segura y funcional que de soporte a los pacientes, los familiares, visitantes y al personal a partir de una gestión coherente y continua.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) la planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
b) la implementación de procesos seguros;
c) la capacitación del personal;
d) la monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros);
e) la supervisión integral de todo el sistema;
f) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
g) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de FMS.1.1

1. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:
   - Protección de la organización.
   - Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
   - Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
   - Equipo y tecnología biomédica.
   - Servicios prioritarios para la operación.
   - Manejo de emergencias externas.
2. La integración del sistema incluye lo siguiente:
   - La planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas.
   - La implementación de procesos seguros.
   - La capacitación del personal.
   - La monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros).
   - La supervisión integral de todo el sistema.
   - La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.
   - Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.
3. El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.
4. La supervisión abarca todas las instalaciones.
5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR FMS.1.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos internos y externos. ***(Enfoque Proactivo)***

PROPÓSITO DE FMS.1.2

Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones con el objetivo de diseñar

procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes, familiares, visitantes y el personal.

La identificación de los *riesgos internos* incluye, al menos, las siguientes áreas:

a) **Protección de la organización;**
b) **Materiales, sustancias y residuos peligrosos;**
c) **Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo;**
d) **Equipo y tecnología biomédica;**
e) **Servicios prioritarios para la operación:**
   - **Servicios Públicos (agua, electricidad, gas, entre otros).**
   - **Servicios clave (Ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación y datos, entre otros).**

La identificación de *riesgos externos* incluye, al menos, los siguientes:

a) **Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos);**
b) **Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío);**
c) **Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte);**
d) **Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos);**
e) **Químico-tecnológicos (por ejemplo: incendios, explosiones, fugas y derrames de materiales peligrosos);**

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por lo tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Esta identificación de riesgos se documenta de forma gráfica, descriptiva o de la forma que la organización determine.

Elementos Medibles de FMS.1.2

1. Se identifican los riesgos internos de la organización y, al menos, se incluyen los relacionados con la protección de la organización, materiales, sustancias y residuos peligrosos, seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, equipo y tecnología biomédica y con los sistemas prioritarios para la operación.
2. Se identifican los riesgos externos a la organización y, al menos, se incluyen los geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y los socio-organizativos.
3. Los riesgos internos y externos se priorizan con la metodología definida por la organización.
4. Los riesgos internos y externos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

ESTÁNDAR FMS.1.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. ***(Enfoque reactivo)***

☑ PROPÓSITO DE FMS.1.3

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del sistema se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar lesiones, accidentes, incidentes o condiciones inseguras para los pacientes, familiares, visitantes y el personal, así como situaciones de peligro relacionadas a los bienes y servicios de la organización.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo y a los reportes y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.

Elementos Medibles de FMS.1.3

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.
3. Se identifican y analizan datos e información del reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
4. Se implementan procesos como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

ESTÁNDAR FMS.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE FMS.2

Para que una organización desarrolle un sistema efectivo de gestión y seguridad de las instalaciones debe capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con la gestión y la seguridad de las instalaciones en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con este sistema.

Elementos Medibles de FMS.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.
5. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
6. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.
7. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
8. La capacitación incluye la identificación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas con el sistema.

PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR FMS.3

Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

ESTÁNDAR FMS.3.1

La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido.

AESP.6.C

PROPÓSITO DE FMS.3 Y FMS.3.1

Los líderes de la organización gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura y con procesos implementados para brindar protección. Una cultura proactiva es fundamental para crear una instalación segura. A fin de planear de manera efectiva el *Programa para la Protección de la Organización*, se deben de tomar en cuenta todos los riesgos identificados.

El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Como parte del programa para la Protección de la Organización se implementan procesos que aseguran que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas y que todo el personal, visitantes y proveedores sean identificados, si corresponde.

Para desarrollar el Programa, la organización realiza una inspección integral y completa de las instalaciones de manera periódica, al menos, una vez por año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se realice una construcción o una remodelación. Esta inspección integral y completa, es la base para elaborar un plan proactivo para reducir los riesgos, implementar procesos de protección, y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes; además de llevar a cabo mejoras y presupuestar actualizaciones de la instalación a largo plazo.

Las remodelaciones o construcciones representan un riesgo adicional para los pacientes, familiares, visitantes y personal e incluyen los riesgos relacionados con el control de infecciones, ventilación, flujo vehicular, basura, desechos etc. Una evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación permitirá establecer las medidas apropiadas, así como, planear e implementar un proceso de supervisión durante todas las fases de construcción y remodelación.

Como parte del programa, los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de FMS.3

1. Como base para desarrollar el programa, se inspeccionan al menos, anualmente, de manera integral y completa sus instalaciones y procesos relacionados con seguridad y protección.
2. Si se presenta un siniestro, remodelación o construcción se realiza otra inspección integral y completa.
3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación.
4. Si corresponde, se evalúan los riesgos antes de iniciar una construcción o remodelación.
5. Se implementan procesos para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones.

Elementos Medibles de FMS.3.1

1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización.
2. El programa se fundamenta en la inspección(es) periódica(s).
3. Como parte del Programa se diseñan procesos para prevenir accidentes y lesiones para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. Como parte del Programa se diseñan procesos para mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
5. Como parte del Programa se diseñan procesos para que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
6. El programa esta implementado en toda la organización.
7. Como parte del programa los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación.
8. Como parte del programa se implementan procesos para controlar el acceso y si corresponde, identificar a todo el personal, familiares y visitantes que ingresen y permanezcan en la organización.

MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS

ESTÁNDAR FMS.4

La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

PROPÓSITO DE FMS.4

La organización identifica y controla en forma segura los materiales, sustancias y residuos peligrosos, los cuales incluyen productos químicos, residuos patológicos y anatómicos, farmacéuticos peligrosos, químicos peligrosos, residuos con un alto contenido de metales pesados, recipientes presurizados, piezas filosas, residuos altamente infecciosos, genotóxicos, citotóxicos, y radioactivos. La organización toma en cuenta la legislación aplicable vigente para diseñar e implementar el *Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos*.

Se identifican los materiales, sustancias y residuos peligrosos con los que cuenta la organización y se realiza un listado de los mismos de acuerdo a su nivel de riesgo, en el cual se establece dónde están ubicados. Además se utilizan hojas de datos de seguridad que cuentan con información que le permita al personal manejar de manera segura estos materiales o sustancias, esta información puede incluir por ejemplo: el nivel de toxicidad, los peligros para la salud, cómo el almacenamiento correcto, la forma de eliminación, el equipo de protección requerido durante el uso, entre otros.

A partir de lo anterior se desarrolla e implementa el Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos, el cual integra, al menos, los siguientes procesos:

a) El etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
b) La manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos.
c) El control y destino final de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
d) El uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición.
e) Las medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.

El programa se encuentra implementado de manera sistemática en todas las áreas donde se almacenan, manipulan, utilizan y desechan materiales, sustancias y residuos peligrosos.

Elementos Medibles de FMS.4

1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan y se generan en la organización.
2. La organización ha definido un Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Se utilizan hojas de datos de seguridad para todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos identificados.
5. Todos los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos se encuentran etiquetados.
6. Se manejan, almacenan, utilizan y se desechan de manera segura los materiales y las sustancias peligrosas.
7. Se lleva un control adecuado y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
8. Se implementan medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.

SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO

ESTÁNDAR FMS.5

La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo.

ESTÁNDAR FMS.5.1

El programa se prueba, al menos, dos veces por año.

PROPÓSITO DE FMS.5 Y FMS.5.1 ✍

El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planear cómo mantendrá seguros a sus ocupantes en caso de presentarse peligros relacionados con fuego y/o humo y cómo volverá a las actividades diarias posterior a que se presente uno de estos eventos.

La organización desarrolla e implementa un *Programa contra Peligros relacionados a Fuego y Humo* que integra, al menos, los siguientes procesos:

- **a) La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio.**
- **b) La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros.**
- **c) La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma.**
- **d) La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo.**
- **e) La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo.**
- **f) La definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.**
- **g) La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde.**

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes, el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de presentarse un peligro relacionado con fuego y/o humo.

El programa además incluye:

- **a) La inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a legislación aplicable vigente.**
- **b) El proceso para probar todo el programa o parte del mismo, al menos, dos veces por año (simulacros).**
- **c) La participación del personal en, al menos, un simulacro de seguridad contra incendios por año.**

d) La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia.

e) La vinculación con los apoyos externos disponibles en la comunidad para atender la emergencia por fuego y/o humo.

El programa se implementa de manera sistemática en toda la organización, de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

Elementos Medibles de FMS.5

1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra a menos los siguientes procesos:
    - La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio.
    - La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros.
    - La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma.
    - La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo.
    - La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo.
    - La definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.
    - La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde.
2. El programa está implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.5.1

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con la frecuencia definida por la organización.
2. Se capacita al personal para participar en el programa.
3. Se llevan a cabo, al menos, dos simulacros por año para probar todo el programa o parte del mismo.
4. Anualmente, el personal participa en, al menos, uno de estos simulacros.
5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.
6. La organización gestiona la vinculación con la comunidad para atender emergencias relacionadas con fuego y humo.

EQUIPO Y TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

ESTÁNDAR FMS.6 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización implementa un programa para gestionar el equipo y la tecnología biomédica.

ESTÁNDAR FMS.6.1

El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo y la tecnología biomédica para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

PROPÓSITO DE FMS.6 Y FMS.6.1

La gestión adecuada del equipo y la tecnología biomédica es esencial para brindar una atención segura a los pacientes y también condiciones de trabajo seguras para el personal.

La organización implementa un *Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica* el cual se basa en la identificación y la realización de un listado del mismo que incluye además de lo propio, el equipo y la tecnología biomédica rentada y en comodato, cuando corresponde. A fin de asegurar que todo el equipo y la tecnología biomédica estén disponibles para su uso, y que funcionen debidamente, la organización planifica y desarrolla, al menos, los siguientes procesos como parte del programa:

a) **La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.**
b) **La selección y adquisición de todo el equipo.**
c) **La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).**
d) **El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.**
e) **Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.**
f) **La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.**
g) **La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.**

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado y/o cuenta con equipo y tecnología biomédica rentada o en comodato, se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Los datos y la información generada a través de la implementación y la supervisión de este programa se analizan con fines de planeación y mejora.

Elementos Medibles de FMS.6

1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo y la tecnología biomédica que se maneja en la organización (propia, rentada y/o en comodato).
2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo y la tecnología biomédica que, al menos, integra los siguientes procesos:
    - La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
    - La selección y adquisición de todo el equipo.
    - La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
    - El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
    - La definición de las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
    - La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
    - La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.
3. El programa esta implementado en toda la organización.
4. El equipo y la tecnología biomédica se inspeccionan regularmente.
5. El equipo y la tecnología biomédica se prueban cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.
6. Se da mantenimiento preventivo equipo y la tecnología biomédica.
7. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.
8. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado, rentado o en comodato, relacionado con el equipo y la tecnología biomédica.

Elementos Medibles de FMS.6.1

1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión de todo el equipo y la tecnología biomédica.
2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.

SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN

ESTÁNDAR FMS.7
La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación

PROPÓSITO DE FMS.7

Otro aspecto esencial para brindar tanto una atención segura a los pacientes como condiciones seguras de trabajo para el personal, es la gestión adecuada de los Servicios prioritarios para la operación de cada organización.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, se consideran como servicios prioritarios para la operación los siguientes:

- **Servicios públicos (agua, electricidad, gas, entre otros)**
- **Servicios clave (Ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación y datos, entre otros)**

Debido a que en un establecimiento de atención médica, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las 24 horas, todos los días de la semana, es fundamental contar con un suministro/funcionamiento ininterrumpido de los servicios prioritarios.

La organización desarrolla un *Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios* para la operación basado en la identificación y el listado de todos los servicios públicos y clave con los que cuenta y a partir de ello implementa, al menos, los siguientes procesos:

a) **La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación.**
b) **La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.**
c) **La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación.**
d) **La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.**

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de FMS.7

1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.
2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que, al menos, integra los siguientes procesos:
   - La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación.
   - La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.
   - La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación.
   - La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.
3. El programa esta implementado en toda la organización.
4. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
6. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado relacionado con los servicios prioritarios para la operación.

ESTÁNDAR FMS.7.1

Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

ESTÁNDAR FMS.7.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se controla periódicamente la calidad del agua.

ESTÁNDAR FMS.7.3

El Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación integra el análisis de datos para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

PROPÓSITO DE FMS.7.1, FMS.7.2 Y FMS.7.3

El funcionamiento seguro y continuo de los servicios prioritarios para la operación es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. A fin de evitar peligros relacionados con el funcionamiento diario de estos servicios, la organización los inspecciona y prueba de manera regular y realiza el mantenimiento correspondiente.

Es importante enfatizar que los procesos relacionados con el mantenimiento de la calidad del agua, representan un aspecto fundamental para la implementación del Programa de Higiene de Manos (MISP.5) y del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. La organización debe tomar en cuenta que la calidad del agua puede cambiar por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas a la organización, por ejemplo: una ruptura de la línea de suministro o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención médica, por ejemplo, en hemodiálisis. Por consiguiente, el establecimiento implementa un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente,

incluidas las pruebas bacteriológicas y físico-químicas de agua habitualmente empleada para la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

La inspección, las pruebas y el mantenimiento periódico del funcionamiento diario y continuo de los servicios prioritarios para la operación, son llevadas a cabo por personal con las competencias necesarias y conforme a la legislación aplicable vigente.

El control de los servicios prioritarios para la operación ayuda a la organización a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones para mejorar estos servicios y para planear la actualización o sustitución de los mismos.

Elementos Medibles de FMS.7.1

1. Los servicios prioritarios para la operación se inspeccionan periódicamente.
2. Los servicios prioritarios para la operación se prueban periódicamente.
3. Se da mantenimiento periódico a los sistemas prioritarios para la operación.
4. Estos procesos se realizan por personal competente.

➔Elementos Medibles de FMS.7.2

1. La calidad del agua se toma en cuenta para la implementación del Programa de Higiene de Manos y del desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. La calidad del agua se controla de manera periódica según la legislación aplicable vigente.
3. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.

Elementos Medibles de FMS.7.3

1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.
2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.

ESTÁNDAR FMS.7.4

La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación.

PROPÓSITO DE FMS.7.4

Los establecimientos de atención médica deben brindar un servicio continuo en condiciones de emergencia, por lo que cada organización debe implementar procesos para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación. Estos procesos son suficientes para mantener las funciones esenciales durante estas emergencias y para reducir los riesgos asociados a ellas.

A fin de prepararse para tales emergencias, la organización:

a) Identifica el equipo, sistemas y áreas que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros, entre otros.

b) Evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.

c) Planifica fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación para cada una de estas áreas y necesidades.

d) Prueba la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes de emergencia con la periodicidad definida por la organización.

e) Documenta y analiza los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

Elementos Medibles de FMS.7.4

1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay alguna interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación.
2. Se evalúan y minimizan los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
3. Se implementan procesos para prevenir los riesgos relacionados con dichos eventos.
4. Se planean fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación, para cada una de estas áreas y necesidades.
5. Se prueba de manera periódica la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes.
6. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

MANEJO DE EMERGENCIAS EXTERNAS

ESTÁNDAR FMS.8

La organización desarrolla e implementa un programa para el manejo de emergencias dentro de la comunidad.

ESTÁNDAR FMS.8.1

Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres.

PROPÓSITO DE FMS.8 Y FMS.8.1 ✍

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente o indirectamente a los establecimientos de atención médica; por ejemplo, el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto o ser producto de otras variables que den como resultado una epidemia o brote que impida que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, el establecimiento desarrolla un *Programa para el Manejo de las Emergencias Externas* que se basa en la identificación de riesgos externos acorde al contexto de la organización (*geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos*), los cuales son analizados por un equipo multidisciplinario con el fin de implementar procesos que ayuden a establecer una respuesta planificada para cada uno de los riesgos que puedan generar una situación de emergencia.

El programa integra, al menos, los siguientes procesos:

- **a) La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos.**
- **b) La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos.**
- **c) Las estrategias de comunicación para casos de emergencias.**
- **d) La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas.**
- **e) La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias.**
- **f) La identificación de lugares de atención alternativos.**
- **g) La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento.**
- **h) La capacitación del personal para participar en el programa.**
- **i) La coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.**

El programa se prueba, al menos, una vez en un periodo de doce meses. Los simulacros son adecuados para los eventos probables. Los resultados de la prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde.

Si la organización sufre una emergencia real, activa su programa y posteriormente analiza su capacidad de respuesta, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Elementos Medibles de FMS.8

1. La organización desarrolla el Programa para Manejo de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos).
2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los siguientes procesos:
   - La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos.
   - La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos.
   - Las estrategias de comunicación para casos de emergencias.
   - La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas.
   - La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias.
   - La identificación de lugares de atención alternativos.
   - La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento.
   - La capacitación del personal para participar en el programa.
   - La coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.
3. El programa esta implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.8.1

1. El programa se somete a prueba anualmente.
2. Los resultados de la(s) prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde.
3. El personal participa, al menos, una vez al año en una prueba de preparación para emergencias externas.

VINCULACIÓN CON EL PROGRAMA HOSPITAL SEGURO

ESTÁNDAR FMS.9

La organización implementa el Programa Hospital Seguro como parte de su Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROPÓSITO DE FMS.9

El Programa Hospital Seguro es una política Nacional que adoptó nuestro país a través de la de la Resolución CD 45.R8, aprobada por los Ministerios de Salud de las Américas (OPS/OMS) para implementar la iniciativa de reducción de riesgos que garantice la capacidad de cada establecimiento para seguir funcionando en situaciones de emergencia.

Para tal fin es importante que un hospital sea una edificación resistente y habitable para salvaguardar a médicos, pacientes, familiares, trabajadores y demás visitantes. Para garantizar esto, la organización se asegura de contar con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente emitido por un Director Responsable de Obra, un corresponsable en seguridad estructural o un Perito Verificador autorizado por la reglamentación local. El Dictamen de Seguridad Estructural es el resultado de un levantamiento físico de la estructura existente, levantamiento topográfico de precisión, análisis de cargas gravitacionales y accidentales, determinación de la resistencia del concreto y la revisión a detalle de todos los elementos estructurales que conforman el inmueble. Por lo anterior, el dictamen es preciso y explícito en la revisión de los siguientes elementos:

a) **Tipo de suelo**
b) **Cimientos**
c) **Columnas**
d) **Trabes**
e) **Niveles**
f) **Distribución de cargas**
g) **Inclinaciones**
h) **Fisuras**
i) **Grietas**
j) **Calidad de los materiales de construcción**
k) **Antiguedad de la construcción**
l) **Remodelaciones a la construcción**
m) **Construcciones aledañas**
n) **Análisis de fenómenos geológicos e hidrometeorológicos**

Considerando lo anterior el dictamen tiene una vigencia definida al término de la cual deberá renovarse la inspección para tener un dictamen vigente. Es posible que después de algún fenómeno natural importante (como un terremoto) se tenga que volver a dictaminar la estructura del hospital a pesar de que no haya vencido el plazo señalado en el Dictamen previo.

Cuando un hospital del sector salud es clasificado como de alta complejidad conforme a la *"Cédula de Clasificación de Hospitales Preparados para Enfrentar Desastres"* debe contar con,

al menos, una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro. Si como resultado de dicha evaluación se desprenden hallazgos, observaciones y/o recomendaciones, el cuerpo de gobierno de la organización debe definir y poner en marcha estrategias para solventar lo anterior en un plazo no mayor de 24 meses contados a partir de la notificación de resultados por parte de la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, al momento de la evaluación para la certificación del hospital se debe mostrar evidencia de implementación de por lo menos cuatro meses.

Además, la implementación del Programa para el Manejo de Emergencias Externas y su coordinación con el Comité Estatal de Protección Civil es indispensable para que una organización continúe funcionando antes, durante y después de dichos eventos.

➲ Este estándar es ***indispensable*** para los hospitales que se encuentran dentro del "Universo de Hospitales Clasificados como de Alta Complejidad y Alto Nivel Resolutivo (Rojos)".

Elementos Medibles de FMS.9

1. La organización cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente.
2. La organización realizó la evaluación del Programa Hospital Seguro.
3. Cuando corresponde, la organización ha desarrollado un plan que no rebasa los 24 meses para solventar los hallazgos, observaciones y recomendaciones derivados de una evaluación interinstitucional del Programa Hospital Seguro.
4. El Programa para el Manejo de Emergencias Externas de la organización está implementado y se vincula con el Programa Hospital Seguro.
5. La organización se ha coordinado con el Comité Estatal de Protección Civil.

COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualifications and Education

SQE

SQE

Competencias y Capacitación del Personal

ÁREAS DE ENFOQUE

Integración con el Modelo

▲

Capacitación acerca del Sistema

▲

Recursos del Sistema

▲

Definición de Funciones y Privilegios

▲

Reclutamiento y Selección

▲

Asignación y Reasignación del Personal

▲

Orientación

▲

Evaluación del Desempeño

▲

Capacitación Continua

▲

Salud y Seguridad del Personal

▲

Personal Clínico

▲

Documentación de la Información del Personal

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR SQE.1
Los procesos relacionados con las competencias y la educación del personal son acordes a la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SQE.1

Los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para planear y desarrollar un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integre a todas las áreas y servicios de la organización y tanto al personal clínico, como el no clínico.

Elementos Medibles de SQE.1

1. Para desarrollar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente.
2. Todas las áreas de la organización implementan la legislación aplicable vigente relacionada con las competencias y la educación del personal.

ESTÁNDAR SQE.1.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

☑ PROPÓSITO DE SQE.1.1 ✍

La organización planifica y desarrolla un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, que abarca a toda la organización y tanto al personal clínico (médicos, nutriólogos, técnicos radiólogos, entre otros) como no clínico (ingenieros, personal de intendencia, personal de mantenimiento, entre otros).

Los líderes definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para otorgar los servicios y para cubrir las necesidades del paciente.
Los líderes toman en cuenta los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

a) **La filosofía de la organización (misión, visión, valores)**
b) **El tipo de pacientes a quienes se brinda atención, así como la complejidad y gravedad de sus necesidades.**
c) **Los servicios que ofrece.**
d) **Las barreras de seguridad implementadas en sus procesos.**
e) **La tecnología usada en la atención al paciente.**
f) **La estructura indispensable hospitalaria**

El Sistema de Competencias y Capacitación del Personal integra, al menos, los siguientes procesos:

a) **Definición de funciones o privilegios**
b) **Reclutamiento del personal**
c) **Selección del personal**

d) **Asignación/Reasignación**
e) **Orientación**
f) **Evaluación del desempeño**
g) **Capacitación Continua**
h) **Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal**

El objetivo del desarrollo e implementación de un *Sistema de Competencias y Capacitación del Personal* es alinear los procesos de atención y gestión que se implementan en la organización con la capacitación, la evaluación del desempeño y la realimentación al personal para la mejora del sistema, ya que los establecimientos de atención médica son organizaciones en donde los recursos humanos son esenciales, por lo que la implementación de procesos seguros requiere de personal clínico y no clínico que cuente con las competencias necesarias y esté consciente de que las barreras de seguridad deben realizarse siempre de manera oportuna y correcta. Las organizaciones de salud ofrecen servicios a personas (pacientes) que son brindados por personas (profesionales de salud clínicos y no clínicos); por lo tanto, la mejora en el desempeño del personal redundará en mejorar el desempeño de la organización.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) **la planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados;**
b) **la implementación de procesos y barreras de seguridad;**
c) **la capacitación del personal para llevar a cabo y coordinar los procesos;**
d) **la supervisión integral de todo el sistema;**
e) **la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;**
f) **los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.**

La supervisión del sistema se lleva a cabo con enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias.

La implementación y supervisión de este sistema no sólo es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos sino de toda la organización. La supervisión del sistema involucra a toda la organización y los procesos relacionados.

Elementos Medibles de SQE.1.1

1. La misión de la organización, el tipo de pacientes a quienes se brinda atención, los servicios que ofrece, las barreras de seguridad implementadas en sus procesos, la tecnología y la estructura indispensable hospitalaria se toman en cuenta para la planeación del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Se definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para el personal.
3. Todas las áreas de la organización están integradas en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

4. Se ha desarrollado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integra, al menos, los siguientes procesos:
    - Definición de funciones y privilegios.
    - Reclutamiento del personal.
    - Selección del personal.
    - Asignación/Reasignación.
    - Orientación.
    - Capacitación continua.
    - Evaluación del desempeño.
    - Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.
5. La integración del sistema incluye lo siguiente:
    - La planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados.
    - La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad.
    - La capacitación del personal para llevar a cabo y coordinar estos procesos.
    - La supervisión integral de todo el sistema.
    - La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.
    - Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.
6. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.
7. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.
8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR SQE.1.2 (ESTÁNDAR ESENCIAL)

El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. ***(Enfoque Proactivo)***

☑ PROPÓSITO DE SQE.1.2

Se realiza una identificación de los riesgos asociados a cada uno de los procesos que conforman este sistema el cual se conjunta con la identificación de los riesgos del personal por perfil del puesto y área de asignación. Esta identificación de riesgos se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta. Posteriormente los riesgos se priorizan acorde a la metodología definida por la organización para su posterior análisis y gestión de los mismos con el objetivo de que se implementen mejoras y se rediseñen los procesos para hacerlos más seguros.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomentan una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de SQE.1.2

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del personal.
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para la planeación y el desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

ESTÁNDAR SQE.1.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. ***(Enfoque reactivo)***

☑ PROPÓSITO DE SQE.1.3

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de mejorar o rediseñar los procesos existentes e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar problemas.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de los procesos implementados, las condiciones inseguras, los accidentes de trabajo y a la notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.

Elementos Medibles de SQE.1.3

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de cada uno de los procesos que conforman el sistema.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de la identificación y notificación de condiciones inseguras y accidentes de trabajo.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.2

Para que una organización desarrolle un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y los procesos se lleven a cabo de manera estandarizada y sistemática, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación cuando corresponda al personal de servicios subrogados relacionados con este sistema.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.

Elementos Medibles de SQE.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema Competencias y Capacitación del Personal.
2. Si corresponde, se capacita al personal de los servicios subrogados relacionados.
3. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.
4. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
5. La capacitación incluye la identificación y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR SQE.3

Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos necesarios para planear y desarrollar en forma efectiva el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
Es sumamente importante contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización y de los recursos para la capacitación del mismo, por ejemplo se encuentran a disposición el espacio físico, equipos y tiempo requeridos para los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño. Estos procesos se pueden ofrecer una vez para todo el personal o repetirse según las competencias, las funciones o el turno para minimizar el impacto en la atención del paciente y en los procesos de gestión

Elementos Medibles de SQE.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios cubrir las necesidades relacionadas con el personal en toda la organización.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para llevar a cabo los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño del personal.
4. La organización pone a disposición instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo estos procesos.
5. La organización proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga la oportunidad de participar en estos procesos.

DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS

ESTÁNDAR SQE.4

La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.4

La definición de las funciones y responsabilidades es la base para todos los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Estas funciones se revisan y se actualizan de manera periódica o cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos.

Cada trabajador (clínico y no clínico) cuenta con una definición de funciones acorde a las actividades que realiza en la operación, esto es muy importante en el personal clínico en el cual esta definición debe enlistar y/o describir las actividades de atención clínica que les han sido asignadas o autorizadas.

También se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- **La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.**
- **La persona presta servicios temporalmente en la organización.**
- **La persona está en un programa educativo y bajo supervisión (personal en formación, clínico y no clínico, por ejemplo, médicos internos, residentes, enfermeras pasantes, ingenieros biomédicos en formación).**
- **La persona presta servicios como voluntario.**
- **La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.**

Cuando una organización usa definiciones de puesto genéricas, por ejemplo, para una "enfermera", es necesario definir y enlistar y/o describir las responsabilidades y funciones específicas acorde al área de asignación; por ejemplo, "enfermera de cuidados intensivos", "enfermera pediátrica", "enfermera de quirófano", entre otros.

Elementos Medibles de SQE.4

1. Todo el personal clínico cuenta con una definición de funciones.
2. Todo el personal no clínico cuenta con una definición de funciones.
3. Se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:
    - La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.
    - La persona presta servicios temporalmente en la organización.
    - La persona está en un programa educativo y bajo supervisión.
    - La persona presta servicios como voluntario.
    - La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.
    - Las funciones están actualizadas.
4. Las funciones se revisan y se actualizan cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos

ESTÁNDAR SQE.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios.

PROPÓSITO DE SQE.5

En ocasiones el personal clínico no depende directamente de la organización y por lo tanto no se le han definido funciones específicas; por ejemplo, médicos externos que ingresan pacientes y les brindan atención, enfermeras instrumentistas que laboran con un determinado equipo quirúrgico o nutriólogos que brindan atención a pacientes como parte de un equipo de cirugía bariátrica, entre otros.

La decisión sobre qué servicios clínicos tendrá autorizado prestar dentro de la organización este personal clínico, se denomina "otorgamiento de privilegios".

El otorgamiento de privilegios incluye, al menos, los siguientes procesos:

- **a) La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización.**
- **b) La definición de cada uno de los servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización.**
- **c) La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización.**
- **d) La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos.**
- **e) El análisis de, al menos, las competencias, habilitaciones, certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo el análisis de su trayectoria y experiencia).**
- **f) La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización *(privilegios)*.**
- **g) La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización**

El otorgamiento de privilegios se actualiza (ratificarlos o limitarlos), al menos, cada tres años, o antes cuando así lo sugieran los resultados de la evaluación del desempeño, la organización ofrece nuevos servicios o cuando el personal adquiera nuevas competencias o destrezas, así mismo se puede llevar a cabo con mayor frecuencia si así lo define la organización.

Elementos Medibles de SQE.5

1. La organización identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente en la organización.
2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye, al menos, incluye los siguientes procesos:
   - La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización.
   - La definición de cada uno de servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización.
   - La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización.
   - La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos.

- El análisis de, al menos, las competencias, habilitaciones, certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo el análisis de su trayectoria y experiencia).
- La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización *(privilegios)*.
- La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización.

3. El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se lleva a cabo con cada profesional.
4. Los profesionales que ejercen de manera independiente en la organización sólo llevan a cabo los servicios que les fueron autorizados.
5. El otorgamiento de privilegios se actualiza, al menos, cada tres años o antes, si corresponde.

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

ESTÁNDAR SQE.6

Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal.

PROPÓSITO DE SQE.6

Los líderes del establecimiento definen procesos para reclutar y seleccionar al personal clínico y no clínico que labora en la organización fundamentados en el análisis de la información, las recomendaciones de los responsables de las áreas y la legislación aplicable vigente.

La selección del personal se realiza con base en una evaluación inicial de competencias que le permitirá a la organización tener un precedente acerca del desarrollo continuo de cada trabajador. Esta evaluación de competencias se realiza en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales. El área o servicio a la cual se asigna la persona lleva a cabo esta evaluación.

Estos procesos se definen acorde al contexto y necesidades de cada organización, con sus respectivas diferencias acorde al área o servicio del establecimiento o al tipo de personal; por ejemplo, el proceso de reclutamiento del personal no clínico puede ser diferente al de los médicos, o puede haber un proceso de reclutamiento estandarizado para todo el personal y haber diferencias en la selección de clínicos y no clínicos, entre otros.

El Sistema de Competencias y Capacitación del Personal desarrolla y supervisa todos los diferentes procesos con un enfoque de sistema.

Estos procesos están implementados de manera sistemática y estandarizada en toda la organización.

Elementos Medibles de SQE.6

1. Se ha definido un proceso para reclutar personal.
2. Se ha definido un proceso para seleccionar personal con base en una evaluación inicial de competencias.
3. Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso.
4. El área o servicio a la cual se asigna la persona realiza la evaluación inicial de competencias.
5. Los procesos están implementados en toda la organización.
6. Se supervisan ambos procesos con un enfoque de sistema.

ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.7
Se ha definido un plan para la asignación del personal.

PROPÓSITO DE SQE.7

El contar con la cantidad apropiada y adecuada de personal es crítico para el correcto funcionamiento de un establecimiento de atención médica. Los líderes de la organización definen una metodología y un plan para la asignación del personal tanto clínico como no clínico, que toma en cuenta las competencias, cantidad y tipos de personal que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización. En el caso del personal clínico es necesario planear de manera proactiva la asignación y reasignación del personal acorde al número de pacientes, sus necesidades y la gravedad de los mismos.

El plan de asignación se define de manera multidisciplinaria y describe cómo se llevarán a cabo los siguientes procesos:

- **La reasignación del personal de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal;**
- **La consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores o creencias.**
- **El traspaso de funciones de una persona a otra, por ejemplo, cuando eventualmente no se cuenta con una enfermera instrumentista y a un médico o un residente se le asigna esta función.**

La asignación de personal se controla permanentemente, y el plan se actualiza según sea necesario. Cuando se realizan cambios en la asignación o metodologías de un área o servicio específico, existe un proceso de colaboración para que se actualice el plan general.

Elementos Medibles de SQE.7

1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a toda la organización y que describe, al menos:
    - Las competencias, cantidad y tipos de personal que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.
    - La consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores o creencias.
    - Cómo se llevarán a cabo la reasignación y el traspaso de funciones.
2. El plan esta implementado en toda la organización.
3. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.
4. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.

ORIENTACIÓN

ESTÁNDAR SQE.8

Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área o servicio o unidad a la que es asignado.

PROPÓSITO DE SQE.8

Para un desempeño correcto, el personal de recién ingreso debe comprender el funcionamiento general de la organización, cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas específicas al cumplimiento de la misión del establecimiento y específicamente el funcionamiento del área o servicio a donde es asignado. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las funciones y responsabilidades laborales de su cargo.

Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios que realizan funciones dentro de la organización también reciben orientación.

La orientación incluye las barreras de seguridad que realizará en su área o servicio asignado, las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, las medidas de prevención y control de infecciones, el uso de equipo de protección personal, la comunicación de peligros y riesgos (FMS), entre otros.

Se orienta también al personal cuando es reasignado a un área o servicio en donde nunca ha laborado.

Elementos Medibles de SQE.8

1. Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general de la organización.
2. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.
3. Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro de la organización reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.
4. Los voluntarios reciben orientación con respecto a las funciones y responsabilidades asignadas.
5. Se orienta al personal cuando es reasignado a un área o servicio donde nunca ha laborado.
6. La orientación incluye:
    - Las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado.
    - Las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
    - Las medidas de prevención y control de infecciones.
    - El uso de equipo de protección personal.
    - La comunicación de peligros y riesgos (FMS).

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ESTÁNDAR SQE.9 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

A todo el **personal clínico** se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

ESTÁNDAR SQE.9.1

A todo el **personal no clínico** se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

☑ PROPÓSITO DE SQE.9 Y SQE.9.1

La evaluación del desempeño del personal es fundamental para que los procesos se realicen de manera correcta, tal como los ha definido la organización, y también para que éstos se mantengan en el tiempo y se realicen de manera estandarizada y sistemática; lo anterior cobra mayor relevancia con el personal clínico que realiza las barreras de seguridad. La evaluación del desempeño del personal es, además, una fuente importante de datos e información para implementar mejoras.

La organización define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las competencias del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir responsabilidades nuevas o diferentes. Si bien, la evaluación es permanente, existe, al menos, una evaluación anual documentada de cada miembro del personal acorde a las funciones que realiza.

Esta evaluación del desempeño incluye, al menos, la evaluación de los procesos y actividades que se le han asignado al personal, por ejemplo, la evaluación del desempeño de enfermería podría evaluar la manera en que prepara y administra los medicamentos, no si se memorizó las metas internacionales de seguridad del paciente o si llega puntual a su servicio.

Para la organización puede ser un aspecto importante evaluar las actitudes, la puntualidad o hacer exámenes escritos de conocimiento o memorización; sin embargo, lo fundamental para el Sistema de Competencias y Capacitación el Personal es la evaluación de los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

Elementos Medibles de SQE.9

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del **personal clínico**.
2. La organización ha definido la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
3. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
4. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de los procesos y actividades que les han sido asignados (funciones o privilegios).

Elementos Medibles de SQE.9.1

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del **personal no clínico**.
2. La organización ha definido la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
3. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
4. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de los procesos y actividades que les han sido asignados (funciones).

CAPACITACIÓN CONTINUA

ESTÁNDAR SQE.10
Todo el personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus competencias.

PROPÓSITO DE SQE.10

La organización recolecta datos de varias fuentes de información para identificar las necesidades de educación permanente del personal, al menos, se consideran los datos y la información relacionados con:

- **La monitorización de los procesos,**
- **La supervisión de los sistemas críticos,**
- **Las evaluaciones del desempeño**
- **La notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas,**
- **Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.**

Además, la introducción de nueva tecnología, nuevos procesos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, entre otros, también representan dichas fuentes de datos.

La organización reúne e integra estos datos para elaborar un programa de capacitación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir capacitación continua para mantener sus competencias. El programa se supervisa y se controla.

Elementos Medibles de SQE.10

1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal.
2. El programa está basado en los datos relacionados con los siguientes aspectos:
    - La monitorización de los procesos,
    - La supervisión de los sistemas críticos,
    - Las evaluaciones del desempeño
    - La notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas,
    - Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.
3. El programa está implementado.
4. El programa se supervisa y se controla.

ESTÁNDAR **SQE.11 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
Se cuenta con personal capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado.

PROPÓSITO DE SQE.11

En un establecimiento de atención médica es sumamente importante contar con personal clínico capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado, esta competencia es indispensable para personal que labora en áreas críticas. En estas áreas se cuenta permanentemente con personal que cuente con esta capacitación vigente, al menos, se consideran críticas:

- **Las unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricos, neonatales)**
- **Los servicios de urgencias (adultos, pediátricos)**

La organización realiza un análisis multidisciplinario para definir si en *otras áreas* es necesario contar con personal con capacitación vigente en Soporte Vital Avanzado.

Para lograr este fin, cada organización elabora un programa estructurado de capacitación en Soporte Vital Avanzado, que incluye, al menos, lo siguiente:

- **La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas, en las cuales se incluyen al menos las unidades de cuidados intensivos y los servicios de urgencias.**
- **La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas.**
- **La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.**
- **La capacitación acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido.**
- **La evaluación que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado.**
- **La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo simulacros.**
- **La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño.**
- **La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta capacitación.**

El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado por la máxima autoridad del mismo.

Elementos Medibles de SQE.11

1. La organización ha identificado las áreas críticas en donde es necesario contar permanentemente con personal capacitado en soporte vital avanzado, al menos, se incluyen: las unidades de cuidados intensivos y los servicios de urgencias.
2. La organización ha definido un programa estructurado de capacitación en Soporte Vital Avanzado que incluye cada uno de los siguientes aspectos:
    - La selección de personal que requiere capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, de acuerdo a las áreas críticas identificadas.
    - La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas.
    - La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
    - La capacitación acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido.
    - La evaluación que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado.
    - La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros.
    - La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y por consiguiente a la evaluación del desempeño.
    - La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta capacitación.
3. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización.
4. El programa está implementado.
5. El personal de las áreas críticas identificadas cuenta con su capacitación vigente.

SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.12 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.

PROPÓSITO DE SQE.12

La salud y seguridad del personal son importantes para mantener su satisfacción y productividad, además es un aspecto importante para poder brindar atención con calidad y seguridad.

El *Programa de Salud y Seguridad para el Personal* incluye una evaluación inicial de salud laboral, administración de vacunas y realización de exámenes preventivos periódicos.
El programa se fundamenta en una identificación de riesgos por perfil del puesto, funciones asignadas y área en donde laboran, a partir de la cual se llevan a cabo los siguientes procesos:

a) **Dotación del equipo de protección al personal**
b) **Capacitación en actos seguros**
c) **Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo.**

Así mismo el Programa incluye la investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo, así como la vacunación del personal.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos de la organización, así como en los de la comunidad.

El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

Elementos Medibles de SQE.12

1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, lo siguiente:
   - Evaluación de riesgos por perfil de puestos
   - Dotación del equipo de protección al personal
   - Capacitación en actos seguros
   - Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo
   - Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.
   - Vacunación del personal.
2. El programa está implementado en toda la organización.
3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

PERSONAL CLÍNICO

ESTÁNDAR SQE.13 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico.

PROPÓSITO DE SQE.13

La primera barrera de seguridad que la organización puede ofrecer a todos sus pacientes es verificar la información acerca de las competencias del personal clínico (*verificación de la fuente original*). La verificación de la fuente original asegura que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un clínico son reales.

Para verificar esta información, la organización, al menos, debe realizar la consulta electrónica de la cédula profesional, en la página web de Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para aquellos técnicos o profesionales que no cuenten con esta cédula, por ejemplo, cuando está en trámite o se cuenta con una capacitación o competencia que no emite una cédula profesional (postécnicos de enfermería, adiestramientos de médicos en un procedimiento específico); la organización define un proceso para realizar la verificación de la fuente original con la institución que avala la competencia.

Este proceso también se realiza al personal clínico que adquiere nuevas competencias o que se les otorguen nuevas funciones o privilegios.

Elementos Medibles de SQE.13

1. Se realiza la verificación de fuente original de todo el personal que cuenta con cédula profesional a través de la página de Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
2. Se ha definido un proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.
3. El proceso está implementado y se realiza a todo el personal clínico que no cuenta con cédula profesional.
4. Se realiza la verificación de la fuente original cuando el personal adquiere nuevas competencias o se le asignan nuevas funciones o privilegios.

ESTÁNDAR SQE.14

Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.14

A menudo, los establecimientos de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos o psicólogos en formación. Cuando se participa en dichos programas de formación, la organización toma en cuenta la legislación aplicable vigente y lleva a cabo, al menos, los siguientes procesos como parte del programa académico:

- **El registro completo de todos los participantes.**
- **La aceptación de los parámetros del programa académico.**
- **La implementación de mecanismos para supervisar el programa.**
- **La documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.**
- **La integración a los participantes en los programas de orientación, capacitación y evaluación de la organización.**

Elementos Medibles de SQE.14

1. La organización cuenta con un registro completo de todo el personal en formación.
2. La organización implementa mecanismos para supervisar el programa académico.
3. La organización cuenta con documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.
4. La organización integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas del establecimiento.

DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.15

Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico.

PROPÓSITO DE SQE.15

Para cada trabajador se cuenta con un expediente o con otro medio en el cual se documenta la información sobre sus competencias, funciones, verificación de la fuente original (personal clínico), capacitación y los resultados de las evaluaciones (inicial de competencias y del desempeño). La información se encuentra estandarizada y se mantiene actualizada de acuerdo al proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de SQE.15

1. Se mantiene la información del personal.
2. Se documentan las competencias del personal.
3. Se documenta la verificación de la fuente original.
4. Se documenta la descripción del puesto (definición de funciones) o los privilegios.
5. Se documentan los resultados de la evaluación inicial de competencias.
6. Se documentan al menos, una evaluación del desempeño por año acorde a sus funciones y/o privilegios.
7. Se documentan capacitación que se le ha brindado al personal.
8. La información se encuentra estandarizada y actualizada.

SECCIÓN.3

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

QPS

QPS

Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente

ÁREAS DE ENFOQUE

El Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM

▲

Evaluación Integral de Riesgos y Problemas

▲

Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente

▲

Estandarización de Procesos

▲

Indicadores

▲

Rediseño de Procesos

▲

Análisis de los Datos

▲

Mejora

▲

Capacitación

EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SiNaCEAM

ESTÁNDAR QPS.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

☑ PROPÓSITO DE QPS.1 ✍

Los líderes trabajan para impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre todos los procesos y sistemas críticos de la organización. Esto requiere colaboración y compromiso, a través de un enfoque multidisciplinario.

Los líderes analizan toda la información generada a través de la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, procesos con barreras de seguridad y del desarrollo de los cuatro Sistemas Críticos: (Medicación, Prevención y Control de Infecciones, Gestión y Seguridad de las Instalaciones y Competencias y Capacitación del Personal) con el objetivo de identificar las prioridades de la organización relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente para que sean la base del *Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.*

Este Plan debe incluir a toda la organización, todas las disciplinas y procesos y vincularse con todos los apartados del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM.

La base del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente son: los riesgos identificados y la información generada por el Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, que a su vez alimenta a la evaluación integral de los riesgos y problemas.

A partir de esta evaluación integral de riesgos y problemas de toda la organización, *se implementan mejoras que son el resultado del análisis de la información y del uso de herramientas de calidad, es decir, el* Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es únicamente un documento.

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se actualiza anualmente y está integrado por, al menos, los siguientes cinco elementos:

La base:

1. **La Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización.**
2. **El Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.**

El resultado del análisis de la información y el uso de herramientas de calidad:

3. **La Implementación de protocolos de atención. *(Estandarización de procesos)***
4. **Implementación de barreras de seguridad y sus mediciones *(Indicadores).***
5. **Rediseño de procesos de riesgo. *(Herramienta proactiva AMEF)***

Los líderes de la organización se aseguran de que el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluya y coordine a todas las áreas y servicios de la organización, con un enfoque multidisciplinario y sistémico.

El cuerpo de gobierno y/o los directivos, son los responsables finales de la calidad y la seguridad del paciente dentro del establecimiento y, por ende, tienen la función de aprobar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, dar seguimiento a su implementación y tomar decisiones de acuerdo a los resultados.

Elementos Medibles de QPS.1

1. Se ha desarrollado un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente a partir del análisis de la información generada por la organización.
2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización.
3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:
   - La Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización.
   - El Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
   - La Implementación de protocolos de atención. (Estandarización de procesos)
   - Implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (Indicadores).
   - Rediseño de procesos de riesgo. (Herramienta proactiva)
4. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente fue aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.
5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR QPS.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria.

AESP.5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD

AESP.5.A

PROPÓSITO DE QPS.2

Los líderes conforman un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo: el COCASEP o su equivalente, el cual les ayuda a analizar con enfoque multidisciplinario y sistémico las actividades que serán implementadas para mejorar los procesos y los sistemas de la organización, y mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad de la organización.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente cuenta con objetivos y funciones definidas para planear, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Este Comité cuenta con las siguientes características:

a) **Es encabezado por el director de la organización.**
b) **Sesiona periódicamente.**
c) **Integra a los cuatro sistemas críticos con enfoque organizacional.**
d) **Se articula con los diferentes comités existentes dentro de la organización. (Por ejemplo: Mortalidad, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, *Comité de Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud*, Comisión de Seguridad e Higiene, Comité de Seguridad y Atención Médica en caso de desastre)**
e) **Define y avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.**
f) **Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.**
g) **Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.**
h) **Da seguimiento puntual a sus acuerdos.**

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de QPS.2

1. Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.
3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.
4. El Comité Integra a los cuatro sistemas críticos y se articula con los diferentes comités con que cuenta la organización.
5. El Comité de manera multidisciplinaria lleva a cabo, al menos, lo siguiente:
    - Define y avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
    - Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
    - Toma decisiones con base en el análisis de información.
    - Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS

ESTÁNDAR QPS.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas.

☑ PROPÓSITO DE QPS.3 ✍

Una función esencial de los directivos, en conjunto con el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes que implementan los procesos y los sistemas críticos; es *definir prioridades* empleando los datos e información que genera la organización. Generalmente los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente son escasos, por lo tanto, se definen prioridades a partir de una evaluación integral de riesgos y problemas.

Esta Evaluación Integral de Riesgos y Problemas incluye lo siguiente:

- **La identificación de riesgos y problemas, resultado de la implementación y la supervisión de los procesos, la cual se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los mismos.**
- **La priorización de los riesgos y problemas detectados conforme a la metodología definida por la organización para determinar los de mayor impacto para organización.**
- **El análisis y gestión de los riesgos y problemas prioritarios para determinar acciones de mejora que se deberán implementar con el propósito de limitar el impacto de los mismos en la organización.**

La identificación de riesgos y problemas incluye: los riesgos y problemas de los cuatro sistemas críticos y de la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, los resultados de la supervisión de los procesos, el resultado de las evaluaciones del desempeño, los accidentes de trabajo, la información de quejas, las notificaciones de eventos adversos, centinela y cuasifallas, entre otros; es decir, todos los riesgos y problemas de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones.

Elementos Medibles de QPS.3

1. La organización define prioridades para la calidad y la seguridad del paciente.
2. La definición de las prioridades se fundamenta en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de la organización. 🗐
3. La identificación de riesgos y problemas incluye todos los riesgos y problemas de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones
4. Se utilizan fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas entre otros, para identificar riesgos y problemas.
5. La identificación de los riesgos y problemas se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.
6. Los riesgos y los problemas se priorizan con la metodología definida por la organización.
7. Los riesgos y los problemas se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
8. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.4 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

AESP.7 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELA Y CUASIFALLAS

☑ PROPÓSITO DE QPS.4

Para desarrollar una cultura de calidad y seguridad se requiere además de identificar, priorizar y gestionar los riesgos y problemas, contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que permita a la organización *aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.*

Cada organización debe establecer y difundir, de acuerdo a su contexto, sus propias descripciones de los tipos de eventos que se deben notificar con la finalidad de facilitar la identificación de estos eventos por el personal operativo involucrado en los procesos. *(Definición operativa)*

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente debe incluir:

- **Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.**
- **Un mecanismo para su notificación.**
- **Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.**
- **La consideración de la segunda víctima.**
- **La gestión y la confidencialidad de la información.**
- **La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.**
- **La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.**

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de QPS.4

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, lo siguiente:
    - Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
    - Un mecanismo para su notificación.
    - Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
    - La consideración de la segunda víctima.
    - La gestión y la confidencialidad de la información.
    - La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
    - La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

ESTÁNDAR QPS.4.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas.

☑ PROPÓSITO DE QPS.4.1 ✍

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente tiene como prioridad la identificación y el análisis de los eventos centinela.

Cada organización establece una definición operativa de evento centinela, esta descripción debe incluir, al menos, lo siguiente:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
d) Muerte materna.
e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
f) Suicidio
g) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente

El análisis, debe iniciar tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores de la fecha del evento o la notificación del mismo. El desarrollo del análisis causa raíz debe tomar en cuenta lo siguiente:

- **Enfoque multidisciplinario con personal involucrado en el evento centinela a analizar.**
- **Participación activa de los líderes de la organización para la toma de decisiones.**

Como resultado del análisis causa-raíz la organización debe implementar acciones preventivas para reducir la probabilidad de que por la misma causa vuelva a ocurrir un evento centinela.

Es importante notar que el término "*evento centinela*" no siempre hace referencia un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

Elementos Medibles de QPS.4.1

1. Se ha establecido una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos, los siguientes puntos: 🗐
    - Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente

- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos
- Suicidio
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente

2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.
3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.
4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.

ESTÁNDAR QPS.4.2 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se notifican y analizan los eventos adversos.

☑ PROPÓSITO DE QPS.4.2 ✍

Como parte del Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la organización establece su propia descripción de evento adverso con la finalidad de facilitar su identificación por el personal operativo involucrado en los procesos.

La organización ha definido un proceso para su análisis individual, así como para la toma de decisiones e implementación de acciones correctivas inmediatas.

La organización realiza un análisis de patrones y tendencias de todos los eventos adversos reportados en un periodo de tiempo, este análisis debe llevarse a cabo, al menos, dos veces por año. El resultado del análisis de patrones y tendencias ayuda a la organización a tomar decisiones y a enfocar la implementación de acciones de mejora.

Así mismo, para, al menos, los siguientes eventos, se realiza un análisis de patrones y tendencias y además, para descartar o confirmar que el evento se haya debido a una falla en la atención, si corresponde se implementan mejoras:

a) Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.
b) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
c) Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.
d) Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.
e) Todas las reacciones adversas a medicamentos.

Elementos Medibles de QPS.4.2

1. Se ha establecido una definición operativa de evento adverso. 🗐
2. Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.
5. Se analizan los siguientes eventos y si corresponde se implementan mejoras:

- Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.
- Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.
- Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.
- Todas las reacciones adversas a medicamentos.

ESTÁNDAR QPS.4.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se notifican y analizan las cuasifallas.

☑ PROPÓSITO DE QPS.4.3 ✍

Con el objetivo de aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema para la ocurrencia de eventos adversos, se analizan las cuasifallas a partir del desarrollo de la definición operativa, con la finalidad de facilitar su identificación por el personal operativo involucrado en los procesos.

En segundo lugar, se implementa un mecanismo para la identificación, notificación y análisis de las cuasifallas, y finalmente existe un proceso para agrupar, categorizar y analizar (análisis de patrones y tendencias) los datos para aprender dónde los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían los errores.

A partir del análisis de patrones y tendencias se toman decisiones y se implementan mejoras.

El análisis de patrones y tendencias se realiza, al menos, dos veces por año.

Elementos Medibles de QPS.4.3

1. Se ha establecido una definición operativa de cuasifalla. 🗐
2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.5 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se estandarizan procesos con alta variabilidad.

☑ PROPÓSITO DE QPS.5

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular de aquellos asociados con las decisiones críticas; además permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas, la organización identifica y selecciona un proceso de atención con alta variabilidad, en el cual pueda trabajar para estandarizarlo y así reducir los riesgos. Para estandarizar el proceso de atención se implementa una guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica y se mide el apego del personal involucrado al mismo.

El proceso de implementación de la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica abarca, al menos, los siguientes pasos:

- **a) Seleccionar una guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica acorde al proceso de atención clínica que presenta alta variabilidad en la organización (no necesariamente es el más frecuente o el que tenga una alta morbimortalidad).**
- **b) Evaluar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica por su aplicabilidad y respaldo científico.**
- **c) Adaptar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.**
- **d) Aprobar o adoptarlo formalmente por parte del establecimiento.**
- **e) Implementarlo para que su uso sea constante y efectivo.**
- **f) Evaluar el apego mediante el uso de una herramienta (por ejemplo, una lista de verificación).**
- **g) Actualizar según corresponda.**

La organización sigue el proceso descrito en los incisos a) hasta el inciso g) para, al menos, la implementación de una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención por año, es decir, se actualiza con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Como resultado de la implementación y medición del apego de la guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, se toman decisiones a partir del análisis de los datos y la información generada.

Elementos Medibles de QPS.5

1. A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad.
2. Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:
    - Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico.
    - Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.
    - Aprobar o adoptar formalmente por parte del establecimiento.
    - Implementar para que su uso sea constante y efectivo.
3. Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta
4. Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones.

INDICADORES DEL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.6 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
La organización implementa barreras de seguridad como resultado de la evaluación integral de riesgos y problemas.

ESTÁNDAR QPS.6.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con las *Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.*

ESTÁNDAR QPS.6.2 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con el Sistema de Medicación.

ESTÁNDAR QPS.6.3 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, al menos, dos indicadores relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

ESTÁNDAR QPS.6.4 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

ESTÁNDAR QPS.6.5 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

ESTÁNDAR QPS.6.6 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con Procesos Clínicos.

ESTÁNDAR QPS.6.7 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con Procesos de Gestión.

ESTÁNDAR QPS.6.8 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, dos indicadores relacionados con las *Acciones Esenciales para la del Seguridad del Paciente.*

☑ PROPÓSITO QPS.6 A QPS.6.7

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente está dirigida y sustentada por los datos. Como la mayoría de los establecimientos de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para monitorizar todo lo que desean; por consiguiente, cada organización debe identificar sus riesgos y problemas en los procesos y priorizar cuáles son los son los más importantes a mejorar, a través del uso de indicadores.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas la organización identifica, al menos, *ocho prioridades*:

a) **Una prioridad relacionada con la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.**
b) **Una prioridad relacionada con el Sistema de Medicación.**
c) **Una prioridad relacionada con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.**
d) **Una prioridad relacionada con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.**
e) **Una prioridad relacionada con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.**
f) **Una prioridad relacionada a los Procesos Clínicos.**
g) **Una prioridad relacionada a los Procesos de Gestión.**
h) **Una prioridad relacionada con la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.**

Para cada una de estas prioridades se implementa una acción o acciones (*barreras de seguridad*) con el propósito de disminuir la probabilidad de que se presenten eventos adversos y mejorar los procesos.

El objetivo de este punto del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es simplemente tener mediciones, sino mejorar los procesos a través de la implementación de acciones o barreras de seguridad y posteriormente diseñar indicadores que ayuden a su supervisión, evaluación, mantenimiento y permanencia.

El objetivo principal es crear hábitos en el personal que ejecuta las acciones o barreras de seguridad, lo cual redundará en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

Las características que debe tener cada uno de los indicadores de proceso del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente son:

a) **Alineado al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente**
b) **Partir de un riesgo o problema**
c) **Medir la implementación de la(s) acción(es) o barrera de seguridad**
d) **Método de medición a través de la observación del proceso (por ejemplo un estudio de sombra).**
e) **Contar con técnica de recolección de datos confiable**

Al diseñar los indicadores de proceso se debe considerar lo siguiente:

a) **Que la muestra permita el análisis del proceso para la mejora (por ejemplo que se consideren los diferentes turnos, los diferentes profesionales involucrados en el proceso, que sea aleatoria, etc.)**
b) **Que se mida la implementación de acción(es) o barrera(s) de seguridad.**
c) **Que se cuente con una herramienta para su medición.**
d) **Que cuente con una meta alcanzable de acuerdo al contexto de la organización**
e) **Que tome en cuenta buenas prácticas o la evidencia científica para respaldar las acciones implementadas, cuando corresponda.**
f) **Que se analice y se tomen acciones de mejora.**
g) **Que demuestre la mejora del proceso**

Cuando una medida (indicador) existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos o resultados, se diseñan nuevas medidas (indicadores). Cuando el desempeño que muestra un indicador presenta un cumplimiento sostenido de la meta establecida, la organización puede modificar la meta. Cuando un proceso ha sido mejorado al punto que satisface las expectativas del personal operativo y directivo y el desempeño que muestra el indicador del proceso se mantiene dentro de lo que la organización considera adecuado, ese indicador ya no formará parte de del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, por lo que la organización deberá seleccionar otro proceso prioritario. Esto no significa que el proceso deje de medirse, si no que pasará a otro nivel para seguir monitorizando su control, si en algún momento este proceso deja de estar bajo control o los resultados ya no son los esperados, tendrá que considerarse en las identificaciones de riesgos y/o problemas correspondientes.

Por lo tanto, los indicadores, metas y procesos para mejorar la calidad están en constante cambio. El establecimiento debe contar con un historial documentado de los indicadores que ha medido y que se encuentran en control y en mejora de la calidad.

A fin de comprender la efectividad de las estrategias de mejora, para cada uno de los seis indicadores de proceso relacionado con los sistemas críticos y con los procesos clínicos y de gestión seleccionados, se diseña un indicador de resultado que mida el impacto de la(s) acción(es) o barrera(s) de seguridad implementadas.

Anualmente el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, deberá estar conformado, al menos, por *dieciséis indicadores*, de los cuales seis deberán ser diseñados en pares: un indicador de proceso para medir la implementación la(s) acción(es) o barrera(s) de seguridad y uno de resultado para medir la efectividad de la(s) misma(s), acorde al siguiente cuadro:

ENFOQUE	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE RESULTADO *(Vinculado al indicador de Proceso)*
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	1 indicador	1 indicador
Sistema de Medicación	1 indicador	1 indicador
Sistema de Prevención y Control de Infecciones	1 indicador	1 indicador
Sistema de Competencias y Capacitación del Personal	1 indicador	1 indicador
Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones	1 indicador	1 indicador
Procesos Clínicos	1 indicador	1 indicador
Procesos de Gestión	1 indicador	1 indicador
Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	1 indicador	1 indicador
TOTAL	***8 indicadores de proceso***	***8 indicadores de resultado***

Los datos y la información que genera la medición de los dieciséis indicadores del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, son categorizados y analizados para tomar decisiones y mejorar los procesos.

Es importante destacar que la capacitación y la supervisión de los procesos son parte inherente y fundamental de su implementación, por lo cual no deben de considerarse acciones de mejora o barreras de seguridad.

Elementos Medibles de QPS.6

1. A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona, al menos, **ocho prioridades** para implementar acciones de mejora.
2. Las acciones implementadas son monitorizadas a través de indicadores de proceso.
3. Los indicadores de proceso cuentan con las siguientes características:
   - Alineados al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente
   - Parten de un riesgo o problema
   - Miden la implementación de la acción o barrera de seguridad
   - Método de medición a través de la observación del proceso (por ejemplo, un estudio de sombra).
   - Contar con técnica de recolección de datos confiable
4. Para cada indicador de proceso se diseñó un indicador de resultado que demuestre su efectividad.
5. Los datos generados por la medición de los indicadores de proceso y de resultado son analizados para la toma de decisiones y la mejora de los procesos.

Elementos Medibles de QPS.6.1

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado a las **Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

Elementos Medibles de QPS.6.2

6. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado al **Sistema de Medicación**.
7. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
8. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
9. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
10. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

Elementos Medibles de QPS.6.3

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado con el **Sistema de Prevención y Control de Infecciones.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

Elementos Medibles de QPS.6.4

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado con el **Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

Elementos Medibles de QPS.6.5

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado al **Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

Elementos Medibles de QPS.6.6

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado a los **Procesos Clínicos.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través las mediciones.
6. Si corresponde, se implementan acciones de mejora.

Elementos Medibles de QPS.6.7

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado a los **Procesos de Gestión**.
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través las mediciones.
6. Si corresponde, se implementan acciones de mejora.

Elementos Medibles de QPS.6.8

1. Los indicadores parten de la identificación de un riesgo o un problema relacionado a las **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.**
2. Un indicador mide la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de proceso**)
3. El otro indicador mide la efectividad de la acción/barrera de seguridad implementada (**Indicador de resultado**)
4. Se demuestra la mejora en cada uno de los indicadores.
5. Se categorizan y se analizan los datos generados a través de ambas mediciones.

REDISEÑO DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.7 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva.

☑ PROPÓSITO DE QPS.7

La organización selecciona, a partir de la priorización de los procesos de riesgo, uno que esté implementado en la organización, para realizar un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF) que tenga como propósito rediseñarlo y hacerlo más seguro y prevenir que ocurra un evento adverso o un evento centinela.

La utilización de un AMEF tiene como objetivo proporcionar las herramientas para que la organización implemente el enfoque proactivo. Por lo tanto, el propósito no es en sí hacer un AMEF, sino a través de él implementar un nuevo proceso en la organización, rediseñado y más seguro.

La identificación de los riesgos debe incluir los sistemas críticos y procesos clínicos y de gestión (seguridad del paciente, personal e instalaciones) y priorizarse con la metodología definida por el establecimiento, posteriormente, seleccionar un proceso de riesgo y utilizar un AMEF. Es importante que este análisis se realice con la participación del personal involucrado en el proceso y que además sea un equipo multidisciplinario. Una vez finalizado el AMEF, se obtiene como resultado el rediseño del proceso, mismo que se debe implementar en la operación. Esta metodología se realiza, al menos, una vez por año para alguno de los procesos de riesgo prioritario.

Elementos Medibles de QPS.7

1. Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.
2. Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.
3. Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.
4. Se rediseña el proceso riesgo basándose en el análisis.
5. Se implementa el proceso rediseñado y se da seguimiento.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

ESTÁNDAR QPS.8 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos.

☑ PROPÓSITO DE QPS.8

A fin de tomar decisiones, se deben analizar y transformar los datos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden el manejo de la información, están capacitadas en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o del resultado, dicho personal puede pertenecer al área clínica, de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una realimentación constante de información sobre la gestión de la calidad, para ayudar a la toma de decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar.

Elementos Medibles de QPS.8

1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.
2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.

ESTÁNDAR QPS.8.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.

☑ PROPÓSITO DE QPS.8.1

La organización determina la frecuencia con la que se categorizan, agrupan y analizan datos. La frecuencia depende de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición y las prioridades de la organización. Por ejemplo, los datos de control de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales, y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agrupación y categorización de datos en determinados puntos en el tiempo permite al establecimiento juzgar la estabilidad de un proceso en particular o la predicción de un resultado en relación con las tendencias.

Elementos Medibles de QPS.8.1

1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.
2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos del establecimiento.
3. La frecuencia del análisis de los datos le permite a la organización tomar decisiones.

ESTÁNDAR QPS.8.2 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con estándares científicos y mejores prácticas.

☑ PROPÓSITO DE QPS.8.2

El objetivo del análisis de datos es poder comparar un establecimiento de cuatro formas:

- **a) Consigo mismo en diferentes periodos, por ejemplo, mes a mes, o de un año a otro;**
- **b) con otras organizaciones similares, por ejemplo, mediante bases de datos de referencia;**
- **c) con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas; y**
- **d) con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica.**

Estas comparaciones ayudan al establecimiento a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a concentrar los esfuerzos para mejorar.

Elementos Medibles de QPS.8.2

1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.
4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.

MEJORA

ESTÁNDAR QPS.9 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

☑ PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR QPS.9

La organización utiliza la información proveniente del análisis de datos para implementar acciones de mejora y/o barreras de seguridad con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

A fin de implementar las mejoras se gestionan los recursos adecuados y se involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planeación y realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda la capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez implementadas las acciones, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planeado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora sea sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento habitual y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. El establecimiento documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas.

Elementos Medibles de QPS.9

1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.
3. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
4. Los cambios se planean y se prueban.
5. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
6. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
7. Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.
8. Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.

ESTÁNDAR QPS.9.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Las mejoras obtenidas se difunden al personal.

☑ PROPÓSITO DE QPS.9.1

Es esencial la comunicación permanente al personal sobre la información y las mejoras que son resultado de la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteles, reuniones de personal, entre otros. La información puede tratarse de proyectos de mejora nuevos o recién terminados, del progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, de implementación de buenas prácticas, entre otros.

La difusión de las mejoras promueve la cultura de aprendizaje en la organización.

Elementos Medibles de QPS.9.1

1. Se comunica al personal la información sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. La comunicación se realiza regularmente, mediante canales efectivos y formales.
3. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
4. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de los Sistemas Críticos.
5. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

CAPACITACIÓN

ESTÁNDAR QPS.10 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

☑ PROPÓSITO DE QPS.10

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planeación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el desarrollo, implementación y/o seguimiento del plan, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el tiempo suficiente a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales. El establecimiento cuenta con un docente, que puede ser el responsable de calidad o un integrante de su equipo, con el conocimiento técnico y profesional pertinente para impartir la capacitación. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los directivos se aseguran que cuente con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

Además, para que las mejoras y las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico y considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye las definiciones operativas de evento adverso, centinela y cuasifalla.

Elementos Medibles de QPS.10

1. Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.
3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.
4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.
5. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
6. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas.

SECCIÓN.4

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Access and Continuity of Care

ACC

ACC

Acceso y Continuidad de la Atención

ÁREAS DE ENFOQUE

Admisión en el Establecimiento

▲

Continuidad de la Atención

▲

Alta y Seguimiento

▲

Traslado de Pacientes a otros Establecimientos

▲

Transporte

ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

ESTÁNDAR ACC.1

Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización.

PROPÓSITO DE ACC.1

El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos de la organización depende de la obtención de información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante una evaluación de tamizaje, que puede llevarse a cabo durante el primer contacto dentro de la organización, en el establecimiento de atención médica de referencia, durante un traslado de urgencia, entre otros.

Con base en los resultados obtenidos, la organización decide si al paciente se le brinda atención, refiere o se traslada a otro establecimiento. Sólo aquellos pacientes para quienes la organización posea la capacidad clínica de proporcionar los servicios necesarios, conforme a su misión, serán tomados en cuenta para su hospitalización o para brindarle servicios ambulatorios.

La organización define qué va a evaluar en el paciente con el propósito de tomar la decisión de aceptarlo, referirlo o trasladarlo.

Elementos Medibles de ACC.1

1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto (Admisión, Urgencias y Consulta Externa).
2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización.
3. Los pacientes son aceptados únicamente si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado, ambulatorio u hospitalario, para la atención.
4. La organización ha definido qué aspectos le va a evaluar al paciente para determinar si deberá ser admitido, referido o trasladado.
5. Los pacientes son admitidos, referidos o trasladados hasta que estén disponibles los resultados de las evaluaciones para tomar esta decisión.

ESTÁNDAR ACC.1.1

Se define un proceso de aceptación de pacientes.

PROPÓSITO DE ACC.1.1

La organización define las áreas y/o servicios por donde los pacientes pueden ser aceptados para recibir atención en los servicios de hospitalización, de urgencias o ambulatorios. La organización define un proceso para que estas actividades se lleven a cabo de manera estandarizada.

Elementos Medibles de ACC.1.1

1. La organización define un proceso de aceptación para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.
2. Los pacientes son aceptados conforme al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR ACC.1.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas.

PROPÓSITO DE ACC.1.2

Los pacientes con necesidades de atención de urgencia o inmediata deben ser identificados mediante una priorización, llevada a cabo por personal capacitado y acorde a los recursos y servicios que ofrece la organización. Una vez identificados estos pacientes deben de ser evaluados por un médico u otro personal clínico competente, antes que a otros pacientes, accediendo a los servicios auxiliares de diagnóstico lo más rápido posible y comenzar el tratamiento para atender sus necesidades. El proceso de priorización se realiza con base en criterios fisiológicos, siempre que sea posible y adecuado, y se capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darles prioridad a su atención.

Cuando la organización no puede atender las necesidades del paciente con una emergencia y requiere referirlo a otro establecimiento, se estabiliza al paciente antes del traslado, de acuerdo a la capacidad de atención de la organización.

Elementos Medibles de ACC.1.2

1. La organización utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. Los pacientes son priorizados según sus necesidades de atención.

ESTÁNDAR ACC.1.3

Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión.

PROPÓSITO DE ACC.1.3

Durante el proceso de admisión, el paciente y su familia reciben información suficiente que les permite tomar decisiones. Esta información incluye la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo que debe cubrir el paciente y/o su familia cuando éste no es pagado por alguna institución pública o privada. Cuando existen restricciones económicas relacionadas con el costo de la atención, la organización busca y orienta al paciente y su familia en diversas formas para superar dichas restricciones. Esta información puede ser dada en forma escrita o de manera verbal, señalándose en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.1.3

1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.
2. Se da información sobre la atención propuesta.
3. Se da información sobre los resultados que se esperan de la atención.
4. Se da información sobre cualquier costo esperado para el paciente y/o su familia.
5. Los pacientes y/o su familia obtienen información suficiente para tomar decisiones.

ESTÁNDAR ACC.1.4
Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios.

PROPÓSITO DE ACC.1.4

Los establecimientos de atención médica con frecuencia prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o lenguas, presentar una diversidad cultural, entre otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención.

La organización realiza un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que le permite identificar cuáles son las barreras más comunes para el acceso y la prestación de los servicios de la población a la cual brinda atención.

La organización implementa procesos para reducir el impacto de estas barreras durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios.

Elementos Medibles de ACC.1.4

1. La organización define cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.
2. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión.
3. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de atención.

ESTÁNDAR ACC.1.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta.

PROPÓSITO DE ACC.1.5

Los servicios especializados son áreas con capacidad limitada y personal con competencias especiales, donde los pacientes requieren cuidados especiales y monitorización continua, por lo cual los costos de operación son altos.

La organización realiza un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que le permite identificar cuáles son sus servicios especializados.

Se consideran como servicios especializados, al menos, a:

a) Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras)
b) Unidades de atención a pacientes quemados
c) Unidades de trasplante

Cada organización debe definir los criterios de ingreso y alta de estas unidades, los cuales deben tener una base fisiológica cuando sea posible y apropiado. El personal clínico que labora en estas unidades participa en la elaboración de estos criterios.

Elementos Medibles de ACC.1.5

1. La organización define cuáles son sus servicios especializados, además de:
    - Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras)
    - Unidades de atención a pacientes quemados
    - Unidades de trasplante
2. La organización define criterios de ingreso y alta para sus servicios especializados.
3. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
4. En la elaboración de los criterios participa personal que brinda atención en estas unidades.
5. Los pacientes ingresados en los servicios especializados reúnen los requisitos establecidos en los criterios.
6. Se darán de alta los pacientes que ya no cumplan con los requisitos de los criterios para permanecer en el servicio especializado.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR ACC.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.

AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.C

PROPÓSITO DE ACC.2

Uno de los aspectos importantes para lograr la continuidad en la atención es diseñar un proceso estructurado de comunicación, que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambios de área y servicio, o cambio de turno y guardia.

El personal médico, de enfermería y administrativo, colabora de manera multidisciplinaria para identificar los momentos en los cuales se realiza una entrega de paciente debido a una transición en la atención ya sea en tiempo o en lugar, además identifican el personal involucrado en estos momentos. Por ejemplo, la entrega de guardia por personal médico, los cambios de turno por personal de enfermería, la entrega de una paciente a hospitalización, entre otros.

Esta identificación de momentos y personas involucradas se plasma en un listado, con base en el cual la organización diseña dos procesos estructurados de comunicación:

a) **Uno durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno)**
b) **Uno durante las transiciones en lugar (cambio de área o servicio)**

Una buena práctica para asegurar la adecuada transferencia de información del paciente en estas transiciones es la herramienta SBAR *(Situation, Background, Assessment, Recommendation),* es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (S), Antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (B), Evaluaciones (A) y Recomendaciones y actividades pendientes (R). Por sus siglas en español se le conoce como herramienta SAER.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, es muy importante que cada organización implemente el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: situación actual (S), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (A), evaluaciones (E) y recomendaciones y actividades pendientes (R), el orden mencionado es la ***manera correcta*** *y el* ***momento oportuno*** *es al entregar al paciente, ambas características conforman esta barrera de seguridad.*

Elementos Medibles de ACC.2

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en tiempo.
2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno).
3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.
4. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en lugar.
5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio).
6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.

ESTÁNDAR ACC.2.1
Se ha definido un proceso de interconsulta.

PROPÓSITO DE ACC.2.1

La organización define cómo se llevarán a cabo las interconsultas y su documentación dentro del expediente clínico, acorde a la legislación aplicable vigente, a fin de responder de manera oportuna a las necesidades del paciente y asegurar la continuidad de la atención.

Elementos Medibles de ACC.2.1

1. La organización define el proceso de interconsulta.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. Las interconsultas se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ACC.2.2

Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.2.2

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en la organización, la persona que tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase específica de la misma, está claramente identificada y se documenta en el expediente clínico; esta persona es un médico competente que colabora y se comunica con los demás integrantes del equipo de salud.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (por ejemplo, de atención quirúrgica a rehabilitación), el responsable de la atención podrá cambiar, o la misma persona podrá continuar supervisando toda la atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.2.2

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.
2. El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.
3. El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención planeada y brindada o valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.
4. Si corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.
5. En el expediente clínico se registra el cambio de profesional responsable y los motivos del mismo.

ALTA Y SEGUIMIENTO

ESTÁNDAR AAC.3
Se define un proceso que guía el egreso hospitalario.

PROPÓSITO DE ACC.3

Cuando el médico responsable del paciente determina el egreso hospitalario, se inicia un proceso organizado que garantiza la continuidad de la atención y se basa en las necesidades específicas del paciente. La familia debe estar incluida en este proceso, según convenga al paciente y a sus necesidades.

Después de su egreso, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, económico, psicológico u otro. Este proceso toma en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios, de preferencia en la comunidad del paciente.

Las organizaciones que autoricen "permisos de salida" a sus pacientes, por ejemplo, para el fin de semana, para alguna fecha importante en la familia o contexto social del paciente, deberán definir un proceso y la forma de documentarlo en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.3

1. La organización define el proceso que guía el egreso hospitalario.
2. El proceso toma en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
4. La organización identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociados con los servicios del hospital.
5. Si corresponde, existe un proceso para autorizar un "permiso de salida" a los pacientes por un periodo definido.
6. Cuando se autoriza un "permiso de salida", se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ACC.3.1
Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso.

AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.G

PROPÓSITO DE ACC.3.1

Se realiza una nota de egreso en el momento en que el paciente es dado de alta de la organización. Cualquier médico competente puede elaborar esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de egreso, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de egreso se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente estaba hospitalizado. Esta nota de egreso puede ser utilizada para dar seguimiento al paciente.

La nota de egreso incluye lo siguiente:

a) Datos de identificación del paciente
b) Fecha de ingreso y fecha de egreso
c) Motivo del egreso
d) Resumen de la evolución
e) Diagnóstico final
f) Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso
g) El estado del paciente al momento del alta
h) Problemas clínicos pendientes
i) Pronóstico
j) Plan de manejo y tratamiento
k) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.

La nota de egreso se integra en el expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al paciente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.
2. La nota de egreso incluye, al menos, lo siguiente:
    - Los dos datos de identificación del Paciente
    - La fecha de ingreso y la fecha de egreso
    - El motivo del egreso.
    - El resumen de la evolución.
    - El diagnóstico final.
    - Los medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso
    - El estado del paciente al momento del alta
    - Los problemas clínicos pendientes
    - El pronóstico del paciente.
    - El plan de manejo y tratamiento.
    - Las recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.
4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.

ESTÁNDAR ACC.3.2

Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso.

PROPÓSITO DE ACC.3.2

Los pacientes deben recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso. Las instrucciones incluyen cuándo debe obtenerse atención de urgencia, cualquier retorno al hospital para su seguimiento y, si corresponde, el nombre y la ubicación de los establecimientos para la continuidad de la atención. Se incluye a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

La organización informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Elementos Medibles de ACC.3.2

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.

TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS

ESTÁNDAR ACC.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos.

PROPÓSITO DE ACC.4

El traslado de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para la atención o la continuidad de la atención. Dicho traslado puede deberse a la necesidad del paciente de obtener una interconsulta, tratamiento especializado, servicios de urgencia, cuidados intensivos, rehabilitación o cuando se rebasa la capacidad instalada del hospital. En algunos casos, se traslada al paciente a otro establecimiento solo por un tiempo definido y regresa al mismo hospital, por ejemplo, para realizar una interconsulta, un estudio de imagen, una valoración especializada, terapias de rehabilitación, entre otros, en estos casos la responsabilidad del paciente continúa siendo del establecimiento donde el paciente se encuentra hospitalizado.

Para lo anterior, la organización define dos procesos de traslado a otro establecimiento a fin de asegurar que se cubran sus necesidades de atención:

a) Proceso de traslado para estudio o valoración (el paciente regresa a la organización),
b) Proceso de traslado a otro establecimiento para continuar su atención

Para cada proceso se define y se describe, al menos, lo siguiente:

a) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
b) quién es responsable del paciente durante el traslado,
c) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde, y
d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.4

1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes a otro establecimiento para estudio o valoración y describe, al menos, lo siguiente:
    a. Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento.
    b. Quién es responsable del paciente durante el traslado.
    c. El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde.
    d. Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.
2. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.
3. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes para continuar su atención en otro establecimiento, y describe, al menos, lo siguiente:
    a. Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento.
    b. Quién es responsable del paciente durante el traslado.
    c. El modo en que se transfiere la responsabilidad entre establecimientos, si corresponde.
    d. Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.
4. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.

ESTÁNDAR ACC.4.1

Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutiva.

PROPÓSITO DE ACC.4.1

Al trasladar y/o referir a un paciente, la organización se asegura que el establecimiento receptor puede proporcionar servicios acorde a las necesidades del paciente y si cuenta con la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describe en convenios formales o informales. Esto asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Para facilitar la comunicación, es importante que la organización cuente con listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes, los cuales contengan, al menos, nombre, dirección y teléfono.

Elementos Medibles de ACC.4.1

1. La organización se asegura que el establecimiento receptor puede atender las necesidades del paciente que será trasladado y/o referido.
2. Existen convenios formales o informales implementados con establecimientos receptores cuando los pacientes son trasladados o referidos con cierta frecuencia.
3. Existen listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes.

ESTÁNDAR ACC.4.2

Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente debe transferirse al establecimiento receptor mediante un resumen que incluya el estado clínico y las necesidades del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.

Elementos Medibles de ACC.4.2

1. La información del paciente se transfiere al establecimiento receptor.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionados.
4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

ESTÁNDAR ACC.4.3

El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias.

PROPÓSITO DE ACC.4.3

El traslado de un paciente a otro establecimiento puede ser un proceso sencillo con un paciente estable, o puede involucrar el traslado de un paciente crítico que necesita monitorización continua por personal clínico. Por lo tanto, la condición del paciente determina las competencias adecuadas del personal encargado de su cuidado durante el traslado.

Elementos Medibles de ACC.4.3

1. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.
2. Si corresponde, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.

ESTÁNDAR ACC.4.4

Se documentan las referencias/contrareferencias

AESP.2 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AESP.2.F

PROPÓSITO DE ACC.4.4

Se realiza una nota de referencia/contrareferencia en el momento en que el paciente es trasladado a otro establecimiento. Un médico competente elabora esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de referencia/contrareferencia, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de referencia/contrareferencia se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca del estado del paciente, motivo de envío y la atención que se ha otorgado. Esta nota tiene como objetivo facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes entre diferentes establecimientos y brindar una atención oportuna, integral y de calidad. La nota se integra al expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al establecimiento receptor.

La nota de referencia/contrareferencia incluye lo siguiente:

a) **Datos de identificación del Paciente**
b) **Establecimiento que envía**
c) **Establecimiento que recibe**
d) **Resumen Clínico**
e) **Motivo de la referencia**
f) **Fecha y hora**
g) **Nombre y firma de quien refiere**

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de ACC.4.4

1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contrareferencia
2. La nota de referencia/contrareferencia lo siguiente:
    - Los dos datos de identificación del Paciente
    - Establecimiento que envía
    - Establecimiento que recibe
    - Resumen Clínico
    - Motivo de la Referencia
    - Fecha y Hora
    - Nombre y firma de quien refiere
3. La nota de referencia/contrareferencia se integra en el expediente clínico.

TRANSPORTE

ESTÁNDAR ACC.5
El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

PROPÓSITO DE ACC.5

El proceso para la referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. La organización debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo, contactar a la familia o amigos del paciente) que por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Es importante que se cuente con un listado de los servicios de ambulancia (terrestre, aérea, marítima) para facilitar el acceso a estos servicios.

Elementos Medibles de ACC.5

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
4. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.
5. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia.

ESTÁNDAR ACC.6
Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ACC.6

Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes.

Las ambulancias propias o subrogadas cumplen con la legislación aplicable vigente, la cual regula el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de ambulancias, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores y técnicos en urgencias médicas, entre otros.

Elementos Medibles de ACC.6

1. Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.
2. Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR ACC.6.1

La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados.

PROPÓSITO DE ACC.6.1

La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal), tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.

La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.

Cuando el hospital subroga el servicio de ambulancias, se integran como parte de la supervisión y control (especificaciones de calidad), al menos, los siguientes puntos:

- **a) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente**
- **b) Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal)**
- **c) Evaluación del tiempo de respuesta**
- **d) Atención de quejas**

Elementos Medibles de ACC.6.1

1. La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos, tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.
2. La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionados con los servicios.
3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:
    - Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
    - Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos
    - Evaluación del tiempo de respuesta
    - Atención de quejas

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Patient and Family Rights

PFR

PFR

ÁREAS DE ENFOQUE

Derechos de los Pacientes

▲

Consentimiento Informado

▲

Investigación

▲

Donación y Trasplante de Órganos

DERECHOS DE LOS PACIENTES

ESTÁNDAR PFR.1
La organización respalda los derechos de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1

Los líderes son los responsables de la manera en que la organización brinda atención a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que la responsabilidad de la organización para respaldarlos. En México contamos con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes publicada en diciembre de 2001.

Los líderes se aseguran que el personal de la organización asuma la responsabilidad de proteger estos derechos. La organización respeta los derechos de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente de decidir qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Para lograr lo anterior, se definen procesos para asegurar que todo el personal sea consciente y responda ante cuestiones de derechos de los pacientes y sus familiares en toda la organización.

Elementos Medibles de PFR.1

1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.
3. Los procesos definidos por la organización respaldan los derechos de los pacientes y sus familiares.

ESTÁNDAR PFR.1.1
Se respetan los valores, costumbres y creencias de cada paciente.

PROPÓSITO DE PFR.1.1

Como parte del Proceso de Evaluación Inicial (AOP) se identifican los valores, costumbres y creencias de cada paciente con el propósito de planear una atención integral e identificar los factores que pudieran impactar en este proceso. La organización alienta a todos los pacientes a expresar sus valores, costumbres y creencias y a respetar las de los demás.

Los valores, costumbres y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden a éste. Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades religiosas o espirituales, el establecimiento cuenta con un proceso para responder a la solicitud. El proceso podrá ser

llevado a cabo a través de personal religioso existente en la organización, la comunidad o ser referidas por la familia. El proceso para dar respuesta es más complejo cuando, por ejemplo, no se reconoce oficialmente una religión o creencias específicas, o se carece de fuentes relacionadas con la religión o creencias cuyos servicios se soliciten.

Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Como parte del Proceso de Evaluación Inicial, se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente.
2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.
3. La organización define un proceso para responder ante solicitudes vinculadas con el apoyo religioso o espiritual.
4. El establecimiento responde ante las solicitudes de apoyo religioso o espiritual.

ESTÁNDAR PFR.1.2

Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.1.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y durante los traslados. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en cierto tipo de entrevistas. Si bien existen algunos enfoques comunes para ofrecer privacidad a todos los pacientes, éstos podrían tener necesidades y expectativas de privacidad diferentes o adicionales, las cuales además podrían cambiar durante su estancia. Por lo tanto, en la medida que el personal presta atención y servicios a los pacientes, deben consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

Elementos Medibles de PFR.1.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y traslados.
3. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

ESTÁNDAR PFR.1.3
Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1.3

La organización comunica al paciente y a su familia, la responsabilidad que asume por sus pertenencias, la cual implica que no van a ser extraviadas ni robadas. Esta responsabilidad se extiende a todos los pacientes a quienes se les brinda atención en la organización.

Cuando la organización toma la responsabilidad de cualquiera o todas las pertenencias del paciente dentro del establecimiento, se define un proceso para asegurar que no sean extraviadas. Este proceso considera los objetos de los pacientes en todos los servicios, y a los pacientes que sean incapaces de tomar decisiones en relación con sus pertenencias.

Elementos Medibles de PFR.1.3

1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.
2. Los pacientes reciben información sobre el proceso.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

PROPÓSITO DE PFR.1.4

La organización es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de pacientes pediátricos, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o de pedir ayuda. La organización procura evitar las agresiones a través de la implementación de procesos tales como la identificación de las personas que se encuentren dentro del hospital, la monitorización de las áreas que sean remotas o aisladas de la instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos Medibles de PFR.1.4

1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos o que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas
3. La organización ha definido un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.
4. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Se monitorizan las áreas remotas o aisladas de la instalación.

ESTÁNDAR PFR.1.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables.

PROPÓSITO DE PFR.1.5

La organización implementa procesos para proteger a todos sus pacientes. Hay pacientes que requieren protección adicional, estos se consideran pacientes vulnerables; por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar, dentro de la población de pacientes a quienes brinda atención, cuáles serán considerados vulnerables y se implementarán procesos de *protección adicional*.

Elementos Medibles de PFR.1.5

1. La organización analiza e identifica a sus pacientes vulnerables.
2. La organización define procesos de protección adicional a pacientes vulnerables
3. La organización brinda protección adicional a los pacientes vulnerables.

ESTÁNDAR PFR.1.6

La información del paciente es confidencial.

PROPÓSITO DE PFR.1.6

La información médica que se documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambas. La organización resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa procesos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, por ejemplo, omite hacer comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de la legislación aplicable vigente e informa al paciente respecto al modo en que la organización respeta la confidencialidad de su información. También se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización.

Elementos Medibles de PFR.1.6

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantiene la confidencialidad de su información conforme a la legislación aplicable vigente.
2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información no cubierta por la legislación aplicable vigente.
3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.

ESTÁNDAR PFR.2
La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todas las fases del proceso de atención. Todo el personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de PFR.2

1. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. El personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.2.1
Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2.1

A fin de que los pacientes y sus familiares participen en las decisiones del proceso de atención, necesitan información básica sobre el estado de salud o la condición médica encontrada durante las evaluaciones, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado, y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo se les proporcionará esta información y quién es responsable de comunicarla, el tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participar en dichas decisiones. Además, los pacientes y sus familiares necesitan comprender el proceso del establecimiento para obtener el consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnósticos y tratamientos los requieren.

Si bien algunos pacientes quizá no deseen enterarse personalmente de un diagnóstico confirmado, ni participar en las decisiones respecto a su atención, se les brinda la posibilidad, y pueden optar por participar a través de un familiar o un tercero responsable de la toma de decisiones.

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, cuando es adecuado, tienen derecho a que les comuniquen los resultados de la atención y el tratamiento planeados. También es importante que les informen acerca de todo resultado inesperado de la atención y tratamiento, por ejemplo, eventos imprevistos durante una cirugía, eventos relacionados con medicamentos prescritos u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos.

Elementos Medibles de PFR.2.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados.
3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.
4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.
5. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de los resultados de la atención y del tratamiento.
6. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de cualquier resultado imprevisto de la atención y del tratamiento.

ESTÁNDAR PFR.2.2

La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento.

PROPÓSITO DE PFR.2.2

Los pacientes, o quienes tomen las decisiones en su nombre (Representante Legal), quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planeados o no continuar la atención o el tratamiento una vez que han iniciado. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a tomar estas decisiones, los resultados potenciales de las mismas y sus responsabilidades relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre todas las alternativas de atención y tratamiento.
Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.

Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento o retirarlo para prolongar la vida de manera innecesaria, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. En estos casos, si en la entidad federativa donde se encuentra el hospital existe legislación aplicable vigente, se deberá definir un proceso que se ajuste a las normas religiosas y culturales de su comunidad.

Elementos Medibles de PFR.2.2

1. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
2. La organización informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones.
3. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
4. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.
5. Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.
6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.

ESTÁNDAR PFR.2.3

La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados.

PROPÓSITO DE PFR.2.3

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor, con frecuencia se encuentra dentro de su contexto social y tradiciones, por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención de la organización respaldan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuados.

Elementos Medibles de PFR.2.3

1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.
2. El personal comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja acorde a los procesos definidos por la organización.

ESTÁNDAR PFR.2.4

La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva.

PROPÓSITO DE PFR.2.4

Los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente guía todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de su vida. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios, el manejo del dolor, la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y su familia y la participación en las decisiones de la atención.

Elementos Medibles de PFR.2.4

1. La organización reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.
2. El personal respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.
3. La organización brinda los servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.

ESTÁNDAR PFR.3

Se informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica.

PROPÓSITO DE PFR.3

Los pacientes y sus familiares tienen derecho a manifestar quejas sobre la atención y a que éstas sean revisadas y resueltas. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan dudas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o terceros que deben tomar decisiones; estos dilemas pueden surgir en los procesos de acceso a la atención, tratamiento o alta.

Se han implementado procesos para procurar la resolución de dichas dudas, conflictos o dilemas; asimismo, se define a quienes necesitan involucrar en los procesos, y la manera en que el paciente y la familia participan.

Elementos Medibles de PFR.3

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a manifestar una queja y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al proceso definido por la organización.
3. Las dudas, conflictos y/o dilemas que surgen durante el proceso de atención se analizan conforme al mecanismo del establecimiento.

ESTÁNDAR PFR.4

El personal recibe capacitación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.4

La organización capacita a todo el personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que el personal y pacientes no coincidan en los mismos valores y creencias. La capacitación incluye la manera que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos durante el proceso de atención.

Elementos Medibles de PFR.4

1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.
2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

ESTÁNDAR PFR.5
Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.5

La admisión a un establecimiento de atención médica puede ser una experiencia aterradora y confusa para los pacientes, razón por la cual les resulta difícil entender y actuar acorde a sus derechos. Por consiguiente, la organización define un proceso para informar los derechos de los pacientes y de sus familias.

La información debe otorgarse acorde a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes. Cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos de un modo tal que los puedan entender.

Elementos Medibles de PFR.5

1. La organización ha definido un proceso para informar a los pacientes y sus familias acerca de sus derechos.
2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada.
3. A cada paciente se le brinda información sobre sus derechos.
4. La organización cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTÁNDAR PFR.6
Se define un proceso para obtener un consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa a la realización del mismo; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente.

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos.

El proceso de consentimiento está definido por la organización y toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares identifican quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Elementos Medibles de PFR.6

1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
2. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme al proceso definido.
3. Se capacita al personal para la obtención de consentimientos informados.

ESTÁNDAR PFR.6.1
Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

PROPÓSITO DE PFR.6.1

El personal informa claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia.
La información proporcionada incluye:

a) **el estado del paciente,**
b) **el procedimiento/ tratamiento propuesto (acto autorizado),**
c) **los beneficios,**

d) los riesgos,
e) las posibles alternativas,
f) las probabilidades de éxito,
g) los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
h) los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

En la carta de consentimiento informado se documentan, al menos, los incisos b), c), d) y e).

El personal también informa al paciente el nombre del médico que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

Elementos Medibles de PFR.6.1

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.
3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del procedimiento/tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del médico u otro facultativo responsables de su atención.
7. En la carta de Consentimiento Informado se documenta el acto autorizado, los riesgos, beneficios y posibles alternativas.

ESTÁNDAR PFR.6.2

La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6.2

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero, por ejemplo cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la legislación aplicable vigente, de conformidad con lo señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.6.2

1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.
2. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente y la cultura y costumbres de la comunidad.
3. Las personas que otorgan el consentimiento, además del paciente, se documentan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR PFR.6.3

Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización.

PROPÓSITO DE PFR.6.3

Los hospitales deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido para ser hospitalizado o para brindarle atención ambulatoria. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado "*consentimiento informado general*" o "*consentimiento informado de ingreso/admisión*". Los pacientes también obtienen información sobre los procesos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado; lo anterior conforme lo señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Si corresponde, se informa a los pacientes durante el proceso de obtención del consentimiento informado de ingreso/admisión la probabilidad de participación de personal en formación en los procesos de atención clínica y se documenta en la carta de consentimiento informado.
Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.3

1. Se informa a los pacientes y sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.
2. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de ingreso/admisión en el expediente clínico.
3. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso o de admisión al hospital.
4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
5. Si corresponde, en el consentimiento informado de ingreso/admisión se documenta la participación de personal en formación durante los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.6.4

Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, la administración de anestesia o sedación y el uso de sangre y/o hemocomponentes.

PROPÓSITO DE PFR.6.4

Cuando la atención planeada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia y sedación, transfusión de sangre y/o hemocomponentes u otros tratamientos o procedimientos que la organización defina como de alto riesgo, por ejemplo la colocación de un catéter subclavio o que sean solicitados por la legislación aplicable vigente como la reutilización de filtros de hemodiálisis, la donación de órganos y tejidos y trasplantes, se obtiene un consentimiento informado. Este proceso de consentimiento proporciona la información señalada en el propósito de PFR.6.1 e identifica a la persona que proporciona la información. Se documenta en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.4

1. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar procedimientos quirúrgicos.
2. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar anestesia.
3. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar sedación.
4. Se obtiene el consentimiento informado antes de transfundir sangre y hemocomponentes.
5. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos y tratamientos que la organización ha definido como de alto riesgo.
6. Se obtienen los consentimientos informados que solicita la legislación aplicable vigente.
7. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
8. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.6.4.1

Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde.

PROPÓSITO DE PFR.6.4.1

La organización obtiene los consentimientos informados acorde a la legislación aplicable vigente. Hay otras situaciones en las cuales es importante informar al paciente y obtener por escrito su consentimiento; cuando esto se lleva a cabo se considera como un *consentimiento informado especial*; por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar aquellas situaciones en las cuales será necesario obtener por escrito un consentimiento informado.

Elementos Medibles de PFR.6.4.1

1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.
2. Se obtienen los consentimientos informados especiales cuando corresponda.

INVESTIGACIÓN

ESTÁNDAR PFR.7

Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas.

PROPÓSITO DE PFR.7

La organización que lleva a cabo investigaciones con participación de seres humanos brinda información a los pacientes y sus familiares respecto a cómo acceder a dichas actividades cuando son relevantes en lo correspondiente a sus necesidades de tratamiento. Cuando se solicita la participación del paciente, será preciso brindarle información para que tome decisiones. Dicha información incluye:

a) beneficios esperados,
b) molestias y riesgos potenciales,
c) alternativas que quizá también sean de ayuda, y
d) procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden rehusarse a participar o abandonar la investigación, y que su negativa o abandono no comprometerán su acceso a los servicios brindados por el hospital.

La información se comunica a los pacientes y familiares a fin de ayudar con las decisiones acerca de la participación.

La organización cuenta con procesos para proporcionar esta información a los pacientes y sus familiares.

Elementos Medibles de PFR.7

1. Se identifica a los pacientes y familiares adecuados y se les informa sobre cómo acceder investigaciones clínicas relevantes para sus necesidades de tratamiento.
2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.
3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.
5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.
6. Se informa a los pacientes que, en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación clínica, su acceso al hospital no se verá comprometido.

ESTÁNDAR PFR.8

Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas.

PROPÓSITO DE PFR.8

Cuando los pacientes y familiares deciden participar en investigaciones clínicas se otorga un consentimiento informado. La información brindada en el momento en que se toma la decisión de participar sirve de base para documentar el consentimiento informado.

Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.8

1. Cuando un paciente decide participar en investigaciones clínicas, se obtiene un consentimiento informado.
2. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
3. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.9

La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos.

PROPÓSITO DE PFR.9

Cuando en la organización se llevan a cabo investigaciones que involucran a seres humanos, se instaura un Comité de Ética en Investigación para la supervisión de todas las actividades, el cual se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en el Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud.

El comité será responsable de:

a) **Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.**
b) **Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan**
c) **Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.**
d) **Supervisar todos los protocolos de investigación.**
e) **Definir y llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.**

Las investigaciones que así lo requieran son autorizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Elementos Medibles de PFR.9

1. La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación conformado según la legislación aplicable vigente.
2. El Comité de Ética en Investigación es responsable de:
    - Evaluar, dictaminar y supervisar los protocolos de investigación en seres humanos.
    - Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan
    - Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.
    - Definir y llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.
3. La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS.

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ESTÁNDAR PFR.10
El hospital informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo optar por donar órganos y otros tejidos.

PROPÓSITO DE PFR.10

El establecimiento apoya la decisión de los pacientes y familiares de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante. Se ofrece información sobre el proceso de donación.

Elementos Medibles de PFR.10

1. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia en lo que se refiere a la donación de órganos y otros tejidos.
2. La organización ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.

ESTÁNDAR PFR.11 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización cuenta con mecanismos para supervisar la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.

PROPÓSITO DE PFR.11

La organización define procesos que guían la obtención, donación y trasplante. Los procesos toman en cuenta la legislación aplicable vigente y respetan los valores religiosos y culturales de la comunidad. El personal del establecimiento está capacitado en implementar las políticas y procedimientos para apoyar las decisiones del paciente y de la familia. El personal también recibe capacitación sobre las inquietudes y problemas contemporáneos relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.

El hospital coopera con otras organizaciones responsables del total o parte del proceso de procuración, obtención, almacenamiento en banco, transporte o trasplante de órganos.

Elementos Medibles de PFR.11

1. La organización define el proceso de procuración y donación.
2. La organización define el proceso de trasplante.
3. El personal está capacitado para llevar a cabo los procesos.
4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
5. El hospital coopera con otras organizaciones a fin de respetar e implementar la decisión de donar.

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patients

AOP

ESTÁNDAR AOP.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes.

ESTÁNDAR AOP.1.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención.

PROPÓSITO DE AOP.1 Y AOP.1.1

La evaluación inicial es un proceso que se realiza a fin de identificar en forma coherente las necesidades y factores de riesgos específicos de cada paciente que pueden impactar en el proceso de atención. Para llevar a cabo lo anterior, cada organización define:

a) **Los elementos o criterios a evaluar**
b) **Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones**
c) **Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación**
d) **El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial**
e) **El momento de la primera evaluación**
f) **La periodicidad de las revaluaciones**
g) **Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.**

El proceso de evaluación inicial es fundamental para identificar las necesidades específicas de cada paciente y comenzar el proceso de atención. Este proceso proporciona información para:

a) **entender la atención que el paciente necesita,**
b) **seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,**
c) **formular un diagnóstico inicial, y**
d) **comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.**

Para el paciente hospitalizado se incluyen, al menos, los siguientes *doce elementos* como parte del proceso de evaluación inicial:

- **Historia Clínica**
- **Evaluación de enfermería**
- **Evaluación del dolor**
- **Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6)**
- **Factores de riesgo social**
- **Valores, costumbres y creencias**
- **Factores de riesgo psicológicos**
- **Evaluación nutricional**
- **Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales**
- **Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)**
- **Necesidades específicas de educación (PFE)**
- **Barreras para el aprendizaje (PFE)**

Para los pacientes que acuden a *servicios ambulatorios* de atención, por ejemplo: cirugía de corta estancia, hemodiálisis, servicios de rehabilitación, endoscopía, quimioterapia, radioterapia, entre otros, se incluyen, al menos, los siguientes *cuatro elementos* como parte del proceso de evaluación inicial:

- **Historia Clínica**
- **Evaluación de enfermería, si corresponde**
- **Evaluación del dolor, si corresponde**
- **Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6), si corresponde.**

Este proceso de evaluación inicial toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Cada evaluación debe documentarse en el expediente clínico, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una. La forma y lugar en el expediente los determina cada organización, ya que los factores más importantes son que las valoraciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y se encuentren disponibles para quienes atienden al paciente.

Personal calificado de diferentes disciplinas podrá participar en el proceso de evaluación inicial. La organización de acuerdo a su contexto, define qué personal realizará cada evaluación y las competencias que deben tener. Por ejemplo, médicos, personal de enfermería, personal clínico en formación, psicólogos, químicos, nutriólogos, entre otros, con el fin de crear un plan de tratamiento que impacte en el proceso de atención a partir de la integración de la información.

Elementos Medibles de AOP.1

1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente hospitalizado** que describe, al menos, lo siguiente:
    - Los elementos o criterios a evaluar
    - Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
    - Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación
    - El lugar donde se documenta
    - El momento de la primera evaluación
    - La periodicidad de las revaluaciones
    - Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
2. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente ambulatorio** que describe, al menos, lo siguiente:
    - Los elementos o criterios a evaluar
    - Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
    - Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación
    - El lugar donde se documenta
    - El momento de la primera evaluación
    - La periodicidad de las revaluaciones
    - Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
3. La práctica es consistente con el proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada **paciente hospitalizado**.
2. El proceso de evaluación inicial del **paciente hospitalizado** incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Historia Clínica
    - Evaluación de enfermería
    - Evaluación del dolor
    - Evaluación del riesgo de caídas
    - Factores de riesgo social
    - Valores, costumbres y creencias
    - Factores de riesgo psicológicos
    - Evaluación nutricional
    - Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales
    - Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)
    - Necesidades específicas de educación
    - Barreras para el aprendizaje
3. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada **paciente ambulatorio**.
4. El proceso de evaluación inicial del **paciente ambulatorio** incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Historia Clínica
    - Evaluación de enfermería, si corresponde
    - Evaluación del dolor, si corresponde
    - Evaluación del riesgo de caídas, si corresponde

ESTÁNDAR AOP.2

Se realiza una historia clínica a cada paciente en las primeras 24 horas de hospitalización.

PROPÓSITO DE AOP.2

Uno de los elementos del proceso de evaluación inicial es la historia clínica que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal médico y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Dicha historia contiene, al menos, los siguientes elementos:

a) **Interrogatorio**
b) **Exploración física**
c) **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros**
d) **Diagnósticos o problemas clínicos**
e) **Pronóstico**
f) **Indicación terapéutica**

Esta historia clínica se completa en las primeras 24 horas de internamiento. Cuando el estado del paciente así lo requiera, esta evaluación se llevará a cabo y estará disponible lo antes posible. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.

Cada organización define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza la historia clínica; por ejemplo, historia clínica obstétrica, neonatal, pediátrica, psiquiátrica, entre otras.

La historia clínica podrá realizarla un médico o personal médico en formación supervisado, de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.2

1. A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.
2. La historia clínica contiene, al menos, lo siguiente:
    - Interrogatorio
    - Exploración física
    - Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
    - Diagnósticos o problemas clínicos
    - Pronóstico
    - Indicación terapéutica
3. Se completa la historia clínica en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.
5. Un médico y/o personal médico en formación supervisado realiza la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.

ESTÁNDAR AOP.2.1

Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio en el marco de tiempo definido por la organización.

PROPÓSITO DE AOP.2.1

La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente. Profesionales de la salud competentes realizan esta evaluación. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.

Cada organización define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza la historia clínica; por ejemplo, historia clínica obstétrica, pediátrica, odontológica, psicológica, entre otras.

Elementos Medibles de AOP.2.1

1. La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica.
2. A cada paciente ambulatorio se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la historia clínica en el marco de tiempo definido por la organización.
4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.
5. Los profesionales de la salud realizan la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que les han asignado.
6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.

ESTÁNDAR AOP.3
Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

Propósito de AOP.3

Uno de los 12 elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de enfermería que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal de enfermería y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Cada organización define los elementos de la evaluación de enfermería.

Esta evaluación se completa en las primeras 24 horas de internamiento en el caso de los pacientes hospitalizados y para los pacientes ambulatorios cuando lo defina la organización.

Esta evaluación es realizada por personal de enfermería de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.3

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la evaluación de enfermería en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La evaluación de enfermería para los pacientes ambulatorios se realiza en el marco de tiempo definido por la organización.
5. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
6. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR AOP.4
Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente.

PROPÓSITO DE AOP.4

En todos los pacientes se evalúa intencionalmente la presencia del dolor. Esta evaluación se caracteriza por:

a) **Valorarse a través de una o varias herramientas acordes a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada**
b) **Realizarse en el primer contacto clínico del paciente con la organización**
c) **En pacientes hospitalizados, realizarse como parte de la evaluación inicial y, al menos, una vez por turno**
d) **Considerar la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración)**
e) **Registrarse de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente**

Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.4

1. El dolor se evalúa a través de una o varias herramientas, acorde a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada.
2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.
3. En pacientes hospitalizados, se evalúa el dolor como parte de la evaluación inicial.
4. En pacientes hospitalizados, se evalúa el dolor, al menos, una vez por turno.
5. Si corresponde, se evalúa el dolor a los pacientes ambulatorios.
6. La evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
7. La evaluación se registra de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
8. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
9. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR AOP.5

Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.5

Otro de los elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de factores de riesgo social de cada paciente, que pueden incluir aspectos económicos, si corresponde, los cuales impactan la toma de decisiones terapéuticas y la continuidad de la atención médica. La información social no está destinada a clasificar al paciente acorde a su nivel socioeconómico, por el contrario, tiene el propósito de conocer los factores de riesgo relacionados con el contexto social, familiar y, si corresponde, económico de cada paciente, ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo según el contexto de la población que atiende, así como las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación de factores riesgo social de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.5

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo.
2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo social en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación de factores de riesgo social en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. La evaluación de factores de riesgo social se documenta en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.6

Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.6

El proceso de atención es más efectivo cuando se consideran los valores, costumbres y creencias de cada paciente, con el objetivo de tomarlos en cuenta en la medida de lo posible para adecuar la atención y respetar sus derechos.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias para identificar los factores que pudieran impactar en el proceso de atención, es decir, qué y cómo se va a interrogar para conocer estos aspectos. La evaluación de valores, costumbres y creencias no se limita a identificar únicamente la religión del paciente.

La evaluación de valores, costumbres y creencias de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.6

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de valores, costumbres y creencias como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la evaluación de valores, costumbres y creencias en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La evaluación de valores, costumbres y creencias se documenta en el expediente clínico.
5. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.7

Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.7

La evaluación de riesgo psicológico de cada paciente, permite identificar factores que pudieran impactar en el proceso de atención, por ejemplo, si pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación psicológica para identificar los factores de riesgo acordes al contexto de la población que atiende, así como las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación de factores riesgo psicológico de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Por lo tanto, esta evaluación no necesariamente debe ser realizada por un psiquiatra o un psicólogo.

Elementos Medibles de AOP.7

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.
2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo psicológico en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo psicológico como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación de factores de riesgo psicológico en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. La evaluación de factores de riesgo psicológico se documenta en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
7. Se implementan las medidas correspondientes de acuerdo al riesgo de cada paciente.

ESTÁNDAR AOP.8

Se realiza una evaluación nutricional a cada paciente, como parte del proceso de evaluación inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhaustiva.

PROPÓSITO DE AOP.8

La evaluación nutricional permite identificar a aquellos pacientes que presentan factores de riesgo nutricional que pueden impactar en el proceso de atención.

Cada organización define los criterios para identificar a los pacientes con riesgo nutricional. Estos criterios se evalúan en todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización. En aquellos que presenten algún o algunos de estos criterios, de acuerdo a lo definido por la organización, se les realizará una evaluación nutricional exhaustiva. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación nutricional no debe limitarse exclusivamente a la determinación del índice de masa corporal, ni a la identificación de factores de desnutrición, sino a cualquier factor que impacte durante el proceso de atención.

La evaluación de criterios de riesgo nutricional se realiza por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Por lo tanto, esta evaluación no necesariamente debe ser realizada por un nutriólogo o un endocrinólogo.

Elementos Medibles de AOP.8

1. La organización define los criterios de riesgo nutricional.
2. Si corresponde, se personalizan los criterios de riesgo nutricional en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación nutricional como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación nutricional en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. Se realiza una evaluación nutricional exhaustiva a los pacientes con riesgo nutricional acorde a lo definido por la organización.
6. Las evaluaciones se documentan en el expediente clínico.
7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.9

El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a aquellos pacientes que requieren de una evaluación especializada adicional.

PROPÓSITO DE AOP.9

A partir de un análisis multidisciplinario del contexto de la población que se atiende en cada organización, se definen criterios o características que se buscarán de manera intencionada en cada paciente, con el fin de determinar qué pacientes requieren de una o varias evaluaciones especializadas adicionales. Se consideran adicionales porque éstas no forman parte de manera directa del proceso de atención por el cual el paciente se encuentra hospitalizado. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se puede personalizar esta evaluación.

Estos criterios o características se evalúan de manera intencionada a todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Cuando un paciente presenta el criterio o la característica definida, se llevarán a cabo las acciones orientadas a la realización de la evaluación especializada adicional, que pudieran ser: informar, derivar, referir o solicitar una interconsulta, entre otros.

Elementos Medibles de AOP.9

1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren de una evaluación especializada adicional.
2. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. En cada paciente se evalúan de manera intencionada los criterios o características definidas por la organización como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se identifica a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. En los pacientes identificados, se realizan las acciones definidas por la organización (informar, derivar, referir o solicitar una interconsulta, entre otros).
6. El personal clínico busca de manera intencionada estos criterios o características de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.10

El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).

PROPÓSITO DE AOP.10

A todos los pacientes se les planifica el alta con el propósito de garantizar la continuidad de la atención. Durante el proceso de evaluación inicial se identifica a aquellos pacientes quienes necesitarán requerimientos especiales a su egreso, por lo cual en estos pacientes la planeación del alta debe empezar en las primeras 24 horas.

A partir de un análisis multidisciplinario del contexto de la población que se atiende en cada organización, se definen criterios o características que se buscarán de manera intencionada en cada paciente, con el fin de determinar qué pacientes requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas), para anticiparse a los requerimientos de estos pacientes a su egreso. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

Estos criterios o características se evalúan de manera intencionada a todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Cuando un paciente presenta el(los) criterio(s) o la(s) característica(s) definida(s), se llevarán a cabo las acciones orientadas a iniciar la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas). Por ejemplo, educación especial, gestión de equipo o transporte, procesos administrativos que requieran tiempo, entre otros.

Elementos Medibles de AOP.10

1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).
2. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. En cada paciente se evalúan de manera intencionada los criterios o características definidas por la organización como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se identifica a estos pacientes en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. En los pacientes identificados, se realizan las acciones orientadas a planear el alta dentro de las primeras 24 horas.
6. El personal clínico busca de manera intencionada estos criterios o características de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.11

El proceso de evaluación inicial considera revaluar al paciente.

PROPÓSITO DE AOP.11

Revaluar al paciente por parte de todos los integrantes del equipo de atención es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Con excepción de la evaluación del dolor (COP) y la evaluación del riesgo de caída (MISP 6), que deben evaluarse desde el primer contacto clínico, una vez por turno y de acuerdo a las necesidades del paciente; cada organización define si alguno de los otros 10 elementos del proceso de evaluación inicial se debe revaluar, los intervalos del tiempo y el personal clínico que las llevará acabo acorde a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.11

1. Se ha definido qué elementos del proceso de evaluación inicial deben revaluarse.
2. Se ha establecido el intervalo de tiempo para revaluar los elementos definidos por la organización.
3. Se ha definido el personal clínico que revaluará al paciente.
4. Se revalúa el (los) elemento(s) definido(s) en el proceso de evaluación inicial.
5. Los elementos definidos se revalúan en el tiempo establecido por la organización.
6. El personal clínico revalúa de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.12

El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se revalúan.

ESTÁNDAR AOP.12.1

Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia.

PROPÓSITO DE AOP.12 Y AOP.12.1

La información derivada de los 12 elementos del proceso de evaluación inicial se integra con otras evaluaciones realizadas fuera y dentro de la organización, en diferentes departamentos y servicios, resultados de exámenes u otros datos y se incluyen y/o documentan en el expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaje en equipo para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integre esta información para componer un panorama multidisciplinario del estado de salud del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación para la atención.

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso multidisciplinario de atención es sencillo e informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas puede ser recomendable hacer reuniones formales del equipo de atención, reuniones con el paciente y sesiones clínicas.

El paciente y su familia se integran debidamente en el proceso de decisión al informarles sobre los resultados de las evaluaciones, diagnósticos y la planeación de la atención.

Elementos Medibles de AOP.12

1. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación inicial del paciente.
2. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.
3. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.

Elementos Medibles de AOP.12.1

1. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados del proceso de evaluación inicial.
2. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planeados, y ellos participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Assessment of Patients

SAD

SAD

Servicios Auxiliares de Diagnóstico

ÁREAS DE ENFOQUE

Servicios de Laboratorio

▲

Servicios de Radiología e Imagen

SERVICIOS DE LABORATORIO

ESTÁNDAR SAD.1

Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.1

El establecimiento cuenta con servicios propios y/o subrogados de laboratorio que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con la legislación aplicable vigente.

Dentro de los Servicios de Laboratorio se incluye el Banco de Sangre, laboratorios de patología, microbiología, genética, inmunohistoquímica, entre otros.

Los Servicios de Laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año para coadyuvar al proceso de evaluación y atención de los pacientes, en especial las situaciones de urgencia.

Cuando se utilizan servicios subrogados o bajo convenio, el hospital se asegura de que:

a) Sean accesibles para el paciente
b) Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
c) Cumplan con la legislación aplicable vigente

Para cada servicio subrogado de laboratorio, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de SAD.1

1. Los Servicios de Laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.
3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluyan lo siguiente:

- Características y condiciones de entrega del servicio
- Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
- Aspectos relevantes de los sistemas críticos y
- Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR SAD.1.1

Se ha implementado un Programa de Seguridad en el Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.1

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio cuentan con un Programa de Seguridad acorde a los riesgos y problemas que se encuentran en ellos. El Programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

El Programa de Seguridad en los Servicios de Laboratorio incluye, al menos, la definición de los siguientes procesos:

a) Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
b) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
c) Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
d) Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

a) La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
b) La implementación de procesos seguros.
c) La capacitación del personal.
d) La monitorización de los procesos.
e) La supervisión integral de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Se ha implementado un Programa de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente:
   - Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
   - Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
   - Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.

- Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

2. El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
3. Se monitorizan los procesos que conforman el Programa de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
4. Se supervisa el Programa de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.
7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en el Programa.
8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
9. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

ESTÁNDAR SAD.1.2

La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.1.2

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización identifica qué miembros del personal de los Servicios de Laboratorio realizan los análisis y quiénes los dirigen y/o los supervisan. Dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar análisis sin demora, durante todas las horas de funcionamiento y para situaciones de urgencia.

Elementos Medibles de SAD.1.2

1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.
2. Los análisis son realizados por personal con las competencias necesarias.
3. Los análisis son interpretados por el personal con las competencias necesarias.
4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
5. El personal de supervisión cuenta con las competencias necesarias.

ESTÁNDAR SAD.1.3 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna.

PROPÓSITO DE SAD.1.3

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

La organización define el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Los resultados de los análisis urgentes, por ejemplo, de los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los resultados de los análisis se documentan en un reporte que incluye los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.
Además, cuando los Servicios de Laboratorio son subrogados los informes también deberán ser puntuales.

Elementos Medibles de SAD.1.3

1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados.
2. Se monitoriza la puntualidad del informe de los análisis urgentes.
3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: los rangos o parámetro de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.1.3.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.E

PROPÓSITO DE SAD.1.3.1

Este estándar se implementa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes, las muestras biológicas (contenedores) y los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional del Paciente número 1 (MISP.1).

Cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo, cuando se obtienen resultados fuera de rango o en pacientes críticos, se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar (MISP.2).

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.
4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

ESTÁNDAR SAD.1.4

Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica de los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.4 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

La organización implementa un Programa de Gestión del equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Laboratorio que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

a) **La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.**
b) **La selección y adquisición de todo el equipo.**
c) **La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).**
d) **El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.**
e) **Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.**
f) **La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.**
g) **La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.**

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Tecnología Biomédica).

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de Laboratorio y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.1.4

1. Se ha definido un Programa de Gestión del equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye:
    - La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
    - La selección y adquisición de todo el equipo.
    - La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
    - El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
    - Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
    - La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
    - La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Tecnología Biomédica).
3. El programa está implementado en todos los Servicios de Laboratorio.
4. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.1.5

Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles

PROPÓSITO DE SAD.1.5

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular los Servicios de Laboratorio a sus pacientes. Se ha definido un proceso para asegurar la provisión de aquellos reactivos esenciales y demás suministros. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Se define cómo se deberán etiquetar los reactivos y las soluciones de forma completa y precisa.

Elementos Medibles de SAD.1.5

1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa acorde a lo definido por la organización.

ESTÁNDAR SAD.1.6

Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

PROPÓSITO DE SAD.1.6

La organización define e implementa los siguientes procesos, sean sus Servicios de Laboratorio propios o subrogados:

- **a) Solicitar los análisis de laboratorio;**
- **b) Recolectar e identificar muestras;**
- **c) Transportar, almacenar y preservar muestras; y**
- **d) Recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.**

Estos procedimientos también se llevan a cabo en el caso de las muestras enviadas y/o recolectadas por servicios subrogados, por lo cual, la organización puede considerarlos en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

Elementos Medibles de SAD.1.6

1. Se han definido procesos que guían la solicitud de análisis.
2. Se han definido procesos que guían la recolección e identificación de muestras.
3. Se han definido procesos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.
4. Se han definido procesos que guían la recepción y rastreo de muestras.
5. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Laboratorio.
6. Se supervisan los procesos cuando se emplean servicios subrogados.

ESTÁNDAR SAD.1.7

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia.

PROPÓSITO DE SAD.1.7

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio propios o subrogados establecen valores de referencia o rangos "normales" para cada análisis realizado. El rango se incluye en los informes de resultados correspondientes. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y situación demográfica del establecimiento, se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos Medibles de SAD.1.7

1. Se han establecido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.
2. Los rangos o parámetros se incluyen en el informe de resultados del análisis realizado.
3. Los rangos se adecuan a la geografía y situación demográfica del establecimiento.
4. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

ESTÁNDAR SAD.1.8

Un profesional competente es responsable de la gestión los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.8

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias necesarias acorde a la legislación aplicable vigente. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones y de los servicios que se prestan dentro y fuera del laboratorio, por ejemplo: los análisis realizados en la cama del paciente (análisis en el lugar de la atención). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio incluye garantizar procesos consistentes con los del establecimiento, como implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, implementación de los sistemas críticos correspondientes, capacitación, administración de suministros, etc. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento en el que se realiza el análisis.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

a) La definición, implementación y actualización de procesos.
b) La supervisión administrativa.
c) El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo y tecnología biomédica y control de calidad.
d) La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
e) La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
f) La recomendación de subrogar Servicios de Laboratorio.
g) El control y la revisión de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.8

1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional competente.
2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Laboratorio incluyen:
    - La elaboración, implementación y actualización de procesos
    - La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
    - La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
    - La supervisión administrativa.
    - El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo y tecnología biomédica y control de calidad;
    - La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
    - El control y la revisión de todos los servicios de laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.1.9
Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio.

ESTÁNDAR SAD.1.9.1
Se han implementado procesos de Control de Calidad externo.

PROPÓSITO DE SAD.1.9 Y SAD.1.9.1

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los sistemas de Control de Calidad son esenciales para proporcionar excelentes Servicios de Laboratorio. El control de calidad incluye:

a) **La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.**
b) **La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.**
c) **La aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.**
d) **La prueba de los reactivos.**
e) **La documentación de resultados y medidas correctivas.**

El Control de Calidad externo determina cómo se comparan los resultados de un laboratorio con otros que emplean las mismas metodologías. Dichas pruebas pueden identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. De este modo, el laboratorio deberá participar en un programa aprobado de Control de Calidad, cuando esté disponible en el mercado. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio. Los programas de Control de Calidad Externo (ensayo de aptitud), o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los laboratorios de especialidades cuando estén disponibles (por ejemplo, toxicología, citogenética, inmunogenética, biología molecular, etc.).

Elementos Medibles de SAD.1.9

1. Se ha implementado un programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
   - La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
   - La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
   - Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
   - La prueba de los reactivos.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

Elementos Medibles de SAD.1.9.1

1. El laboratorio participa en un programa de ensayo de aptitud, o en un programa alternativo.
2. Se lleva un registro del programa.

ESTÁNDAR SAD.1.10

La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

PROPÓSITO DE SAD.1.10

La organización es capaz de identificar, realizar una lista y contactar a los expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario. Se cuenta con un listado de los expertos.

Elementos Medibles de SAD.1.10

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

ESTÁNDAR SAD.2

Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.2

El establecimiento cuenta Servicios de Radiología e Imagen propios y/o subrogados que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Dentro de los Servicios de Radiología e Imagen se incluye medicina nuclear, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco.

Los Servicios subrogados de Radiología e Imagen por imagen:

a) Son accesibles para el paciente
b) Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
c) Cumplen con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado de radiología e imagen, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de SAD.2

1. Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, cumplen la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Radiología e Imagen para casos de urgencia.
3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluyan lo siguiente:
    - Características y condiciones de entrega del servicio
    - Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
    - Aspectos relevantes de los sistemas críticos y
    - Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.
8. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico y los servicios subrogados de radiología e imagen.

ESTÁNDAR SAD.2.1

Se ha implementado un Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.1 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha definido un Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, medicina nuclear, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco. El Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen es consistente con los riesgos y problemas identificados en la organización. El programa se ocupa de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes. El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

El Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen, incluye, al menos, la definición de los siguientes procesos:

a) Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
b) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.
c) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.
d) Capacitación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

a) La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
b) La implementación de procesos seguros.
c) La capacitación del personal.
d) La monitorización de los procesos.
e) La supervisión integral de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Se ha implementado un Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye lo siguiente: 🗐
    - Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
    - Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del Servicio de Radiología e Imagen y los peligros identificados.

- Capacitación de todo el personal del Servicio de Radiología e Imagen, en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.
- Capacitación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

2. El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
3. Se monitorizan los procesos que conforman el Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
4. Se supervisa el Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.
7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en el Programa.
8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
9. El personal de los Servicios de Radiología e Imagen recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

ESTÁNDAR SAD.2.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se ha implementado un Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen.

➲PROPÓSITO DE SAD.2.2 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

La organización ha desarrollado un Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen (propios y/o subrogados) que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y que incluye, al menos, los siguientes puntos:

a) La vinculación con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, principalmente con la identificación del paciente (MISP.1) y prevención del riesgo de caídas (MISP.6).
b) El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
c) La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

El Programa está implementado en todos los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados y tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Elementos Medibles de SAD.2.2

1. Se ha definido un Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. 🗐
2. El Programa está implementado en todos los Servicios de Radiología e Imagen.
3. El programa se vincula con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
4. El programa incluye el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
5. El programa incluye la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.
6. El programa está implementado en los servicios subrogados.

ESTÁNDAR SAD.2.3

La realización de los estudios de radiología e imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.3

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización identifica qué personal de los Servicios de Radiología e Imagen realiza los estudios, interpreta los resultados o verifica e informa los resultados, así como los que dirigen o supervisan los procesos; dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia, destrezas y con orientación en lo que se refiere a su trabajo. El personal técnico realiza tareas que concuerdan con su capacitación y experiencia. El establecimiento cuenta con suficiente personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar servicios todas las horas de funcionamiento, incluyendo las urgencias.

Elementos Medibles de SAD.2.3

1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.
2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen está a cargo de personal competente.
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal competente.
4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.
5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR SAD.2.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los resultados de los estudios de radiología e imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización.

PROPÓSITO DE SAD.2.4

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de las condiciones y entrega del servicio.

La organización define el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios de radiología e imagen de acuerdo con las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico, incluidos los estudios solicitados en casos de urgencia. Los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los estudios de radiología e imagen realizados por servicios subrogados, se informan de conformidad con lo definido por la organización (especificaciones de calidad).

Elementos Medibles de SAD.2.4

1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados.
2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.
3. Los resultados de radiología e imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los estudios de radiología e imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.2.5 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

AESP.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

AESP.1.E

PROPÓSITO DE SAD.2.5

Este estándar se implementa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes y los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1 (MISP.1).

Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.
3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

ESTÁNDAR SAD.2.6

Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica de los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.6 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

El personal de los Servicios de Radiología e Imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

La organización implementa un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

- **a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.**
- **b) La selección y adquisición de todo el equipo.**
- **c) La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).**
- **d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.**
- **e) Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.**
- **f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.**
- **g) La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.**

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Tecnología Biomédica).

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de los Servicios de Radiología e Imagen y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.2.6

1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye: 🗐
    - La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
    - La selección y adquisición de todo el equipo.
    - La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
    - El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
    - Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
    - La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica.
    - La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica.

2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Tecnología Biomédica).
3. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.2.7

Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles.

PROPÓSITO DE SAD.2.7

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha identificado los insumos necesarios para proporcionar Servicios de Radiología e Imagen a sus pacientes. Se encuentra implementado un proceso para asegurar la provisión de estos insumos. Todos los insumos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de los reactivos (cuando corresponde) asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos Medibles de SAD.2.7

1. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.
2. Los insumos esenciales están disponibles.
3. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
5. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.

ESTÁNDAR SAD.2.8

La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.8

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Radiología e Imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias adecuadas acorde a la legislación aplicable vigente. Dicho personal asume la responsabilidad de las instalaciones y de los servicios proporcionados.

Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo acorde a la legislación aplicable vigente. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen incluyen:

a) La elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
b) La supervisión administrativa.

c) El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el Servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo y tecnología biomédica y control de calidad.
d) La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
e) La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
f) La recomendación de Servicios subrogados de Radiología e Imagen.
g) El control y revisión de todos los Servicios de Radiología e Imagen.

Elementos Medibles de SAD.2.8

1. Los Servicios de Radiología e Imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con la legislación aplicable vigente.
2. El responsable del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen son las siguientes:
   - La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
   - La supervisión administrativa.
   - El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo y tecnología biomédica y control de calidad.
   - La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
   - La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
   - La recomendación de servicios subrogados de radiología e imagen.
   - El control y la revisión de los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.2.9

Se han implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo.

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Cada organización define acorde a sus recursos y a los Servicios de Radiología e Imagen que brinda un Programa de Control de Calidad interno y externo para validar sus procesos.
El Programa está implementado.

Elementos Medibles de SAD.2.9

1. Se ha definido un Programa de Control de Calidad interno y externo para los Servicios de Radiología e Imagen.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

ESTÁNDAR SAD.2.10

La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

PROPÓSITO DE SAD.2.10

El establecimiento puede identificar, cuenta con una lista y se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, cuando es necesario. El establecimiento cuenta con una lista de expertos.

Elementos Medibles de SAD.2.10

1. El establecimiento conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

COP

COP
Atención de Pacientes

ÁREAS DE ENFOQUE

Atención para Todos los Pacientes

▲

Nutrición

▲

Manejo del Dolor

▲

Atención de Pacientes en Etapa Terminal

▲

Atención de Pacientes de Alto Riesgo

▲

Terapia de Reemplazo Renal con Hemodiálisis

▲

Salud Reproductiva, Materna y Perinatal

▲

Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas

▲

Medicina Complementaria: Acupuntura

▲

Turismo Médico

ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

ESTÁNDAR COP.1

La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar a cabo el principio de "un único nivel de calidad de atención", es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente.

La atención que se brinda a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios en una misma organización, debe guiarse por procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario que respeten la legislación aplicable vigente con el fin de otorgar una atención uniforme. Los líderes aseguran que se brinde el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

- **La atención y el tratamiento adecuado no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago (por ejemplo, a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio, o pago en efectivo).**
- **La atención y el tratamiento adecuado, brindados por personal competente, no depende del día de la semana ni de la hora del día.**
- **El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.**
- **Los pacientes con las mismas necesidades de atención reciben niveles comparables de calidad en toda a organización.**

Una atención estandarizada da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite disminuir los riesgos durante el proceso cuando se presta un mismo tipo de atención a través de toda la organización; por ejemplo, se podrán observar los mismos cuidados de un paciente adulto mayor en urgencias, quirófano y hospitalización o los mismos niveles de calidad de la atención para un paciente pediátrico a quién se le administrará sangre o hemocomponentes en cualquier área o servicio de la organización.

Elementos Medibles de COP.1

1. Los líderes de la organización colaboran para definir procesos estandarizados con un mismo nivel de calidad de la atención.
2. Los procesos se definen acorde a la legislación aplicable vigente.
3. Los procesos se definen con enfoque multidisciplinario.
4. La atención se proporciona de la siguiente manera:
    - No depende de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago.
    - No depende del día de la semana ni de la hora del día.
    - Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.
    - Con un mismo nivel de calidad a los pacientes con las mismas necesidades.

ESTÁNDAR COP.2
Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.2

El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a diferente personal clínico y múltiples áreas, departamentos o servicios de la organización.

La integración y coordinación de las actividades de atención del paciente son objetivos que resultan en procesos de atención eficientes, un uso más efectivo de los recursos, y la probabilidad de obtener mejores resultados para el paciente. Los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes, principalmente cuando tienen necesidades complejas; por ejemplo, sesiones de revisión de casos clínicos por un equipo multidisciplinario, entre otros.

Elementos Medibles de COP.2

1. La planeación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.
2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se anotan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR COP.3
Se planea la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.3

El proceso de atención al paciente se planea cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. La planeación se basa en los resultados del proceso de evaluación inicial, y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico y sus revaluaciones para determinar y priorizar los cuidados, tratamientos y procedimientos para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y la familia participan en el proceso de planeación.

La atención se planea de manera oportuna y se actualiza basándose en las revaluaciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención del paciente. Debe estar relacionada con las necesidades del paciente, las cuales pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una revaluación de rutina (por ejemplo: resultados anormales de análisis de laboratorio o radiografías) o pueden ser evidentes ante un cambio repentino en el estado del paciente (por ejemplo, pérdida del conocimiento).

Elementos Medibles de COP.3

1. Se planea la atención de cada paciente de manera oportuna.
2. La atención planeada está basada en los resultados del proceso de evaluación inicial, y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico
3. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en las revaluaciones del paciente.
4. Se brinda la atención planeada.

ESTÁNDAR COP.3.1
El proceso de atención incluye revaluar a cada paciente de manera periódica.

PROPÓSITO DE COP.3.1

Revaluar al paciente permite actualizar la planeación de la atención. Los pacientes son revaluados durante el proceso de atención a intervalos adecuados a sus necesidades o según lo definido por la organización. Las revaluaciones y atención brindada a cada paciente se deben documentar en el expediente clínico, ya que éste es una herramienta de comunicación que facilita y refleja la integración y la coordinación de la atención.

La evaluación y revaluación a los pacientes por un médico es parte fundamental de la atención y debe ser realizada por lo menos una vez al día, durante todo su proceso de atención. La organización define en que grupos de pacientes las revaluaciones médicas se realizarán con mayor frecuencia, por ejemplo, una vez por turno.

En el caso de los pacientes psiquiátricos crónicos la evaluación podrá realizarse y documentarse con más de un día de intervalo de acuerdo a la legislación aplicable vigente y si la organización así lo determina.

Elementos Medibles de COP.3.1

1. Se revalúa a los pacientes para tomar decisiones en el proceso de atención o para el alta.
2. Los pacientes son revaluados por lo menos una vez al día por un médico.
3. Los pacientes definidos por la organización son revaluados con mayor frecuencia.
4. Las revaluaciones se documentan en el expediente clínico del paciente.
5. Los pacientes psiquiátricos crónicos son revaluados de acuerdo con lo definido por la organización y la legislación aplicable vigente, y esta evaluación se documenta.

ESTÁNDAR COP.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
Se documentan las indicaciones acorde a lo definido por la organización.

PROPÓSITO DE COP.4

Las actividades de atención al paciente incluyen indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal clínico con las competencias necesarias, será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas indicaciones deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna.

La ubicación de las indicaciones en un lugar uniforme facilita que las mismas se lleven a cabo. Las indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una indicación, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo.

Las indicaciones se anexan al expediente clínico en forma periódica o en el momento del alta, siempre y cuando se encuentren accesibles al equipo multidisciplinario para que pueda dar seguimiento a la atención.

La organización realiza un análisis para definir un proceso en el cual se describa cómo se van a integrar todas las indicaciones, como, por ejemplo: la prescripción médica, cuidados generales, nutrición, servicios auxiliares de diagnóstico, rehabilitación, entre otros.

El proceso incluye y describe, al menos, lo siguiente:

a) quién está autorizado a emitir indicaciones;
b) dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico;
c) qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente para su uso racional, si corresponde; y
d) si corresponde, cualquier excepción al proceso definido.

Elementos Medibles de COP.4

1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos:
   - Quién está autorizado para emitirlas.
   - Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico.
   - Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente para su uso racional, si corresponde.
   - Si corresponde, cualquier excepción al proceso definido.
2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.5

Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE COP.5

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados, junto con sus resultados, se documentan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopías, cateterismos cardiacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos y no invasivos.

Elementos Medibles de COP.5

1. Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.
2. Los resultados de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR COP.6

Se informa a los pacientes y sus familiares acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

PROPÓSITO DE COP.6

El proceso de atención y tratamiento es un ciclo constante de evaluaciones, revaluaciones, planeación, prestación de atención y evaluación de resultados. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados del proceso de evaluación; así como, sobre la atención y el tratamiento planeados. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo es preciso que estén

informados de los resultados de la atención y del tratamiento. Esto incluye que sean informados sobre cualquier resultado imprevisto de la atención.

Elementos Medibles de COP.6

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento.
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca de cualquier resultado imprevisto de su atención y tratamiento.

NUTRICIÓN

ESTÁNDAR COP.7

Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades.

PROPÓSITO DE COP.7

La nutrición adecuada es importante para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Hay alimentos adecuados para la edad, preferencias culturales y alimenticias del paciente, éstos deben estar disponibles de manera regular. El paciente participa en la planeación y selección de alimentos, y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Basándose en las necesidades evaluadas y en el plan de atención del paciente, el médico u otro profesional calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.

Cuando la familia u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado a interacciones con alimentos.

Todos los pacientes son identificados al momento de la dotación de alimentos, con los dos datos de identificación seleccionados por la organización con el propósito de prevenir errores con dietas equivocadas.

La organización ha definido un proceso para identificar errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición. El proceso está implementado.

Elementos Medibles de COP.7

1. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están regularmente disponibles.
2. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
3. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.
4. Se dota la dieta acorde a la indicación.
5. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.
6. Se identifica a los pacientes con los dos identificadores establecidos por la organización al momento de la dotación de alimentos.
7. La organización ha definido un proceso para identificar errores en la indicación de alimentación.
8. El proceso está implementado.

ESTÁNDAR COP.7.1

Los pacientes con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.

PROPÓSITO DE COP.7.1

Durante el proceso de evaluación inicial, se identifica a los pacientes con riesgo nutricional, de acuerdo a los criterios definidos por la organización. Estos pacientes son valorados posteriormente por personal clínico acorde a las funciones que le han sido asignadas en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, para realizarles una evaluación exhaustiva. Cuando se determina que un paciente tiene un riesgo nutricional, se establece un plan de terapia nutricional. Se controla la evolución del paciente y se documenta en su expediente. Los médicos, el personal de enfermería y, cuando corresponda, los nutriólogos u otro personal clínico, colaboran en la planeación y la administración de la terapia nutricional y, de ser necesario, se involucra a la familia.

Elementos Medibles de COP.7.1

1. Se establece un plan de terapia nutricional a aquellos pacientes con riesgo.
2. Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional.
3. Se controla la respuesta del paciente a la terapia nutricional.
4. Se documenta en el expediente la respuesta del paciente a la terapia nutricional.
5. Si corresponde, la familia participa en la administración de la terapia nutricional.

ESTÁNDAR COP.7.2

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos se llevan a cabo de manera segura.

PROPÓSITO DE COP.7.2

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad y se llevan a cabo acorde a la legislación aplicable vigente. Las prácticas de preparación y almacenamiento de alimentos disminuyen el riesgo de contaminación y putrefacción. Los alimentos se distribuyen a los pacientes en horarios específicos. Hay alimentos y productos nutricionales disponibles, incluidos productos de nutrición enteral, para cubrir las necesidades especiales del paciente.

Elementos Medibles de COP.7.2

1. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
2. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
3. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
4. La distribución de alimentos es puntual, y se cumplen las solicitudes especiales.
5. La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad.

MANEJO DEL DOLOR

ESTÁNDAR COP.8

Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

PROPÓSITO DE COP.8

El dolor puede ser una experiencia frecuente en los pacientes; el dolor no aliviado provoca efectos físicos, fisiológicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización define un proceso para la atención del dolor en forma adecuada a todos los pacientes, el proceso definido describe, al menos, los siguientes puntos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**
- **g) Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.**

Elementos Medibles de COP.8

1. La organización define un proceso para la atención del dolor que, al menos, incluye lo siguiente:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
   - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
   - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
   - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
   - Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.

ATENCIÓN DE PACIENTES EN ETAPA TERMINAL

ESTÁNDAR COP.9

La organización brinda atención adecuada a los pacientes en etapa terminal.

PROPÓSITO DE COP.9

Los pacientes terminales tienen necesidades particulares de recibir atención respetuosa y compasiva; por lo que todo el personal toma conciencia de éstas. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante la etapa final de la vida.

La organización toma en cuenta para la definición del proceso los siguientes aspectos:

- **a) La atención adecuada de los síntomas (dolor, náuseas, disnea, entre otros)**
- **b) la comunicación, educación y participación de los pacientes y sus familiares respecto a la atención de las necesidades únicas del paciente terminal y su familia;**
- **c) el estado psicosocial del paciente y de su familia; como, por ejemplo, las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad;**
- **d) la necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar;**
- **e) la identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo;**
- **f) el abordaje a temas sensibles como la donación de órganos y la autopsia; y**
- **g) el respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.**

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, los procesos de atención que se brindan a cada grupo de pacientes en etapa terminal, y es especialmente importante que el proceso definido describa, al menos, los siguientes puntos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes terminales. Una estrategia para fomentarlo puede ser la capacitación al personal involucrado en la atención a estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.9

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en etapa terminal***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

ESTÁNDAR COP.10
Se definen procesos que guían la atención de los pacientes de alto riesgo.

ESTÁNDAR COP.10.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.

ESTÁNDAR COP.10.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se da reanimación cardiopulmonar.

ESTÁNDAR COP.10.3 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.

ESTÁNDAR COP.10.4
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma.

ESTÁNDAR COP.10.5
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en soporte vital.

ESTÁNDAR COP.10.6 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

ESTÁNDAR COP.10.7 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos.

ESTÁNDAR COP.10.8 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con diálisis peritoneal.

ESTÁNDAR COP.10.9
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes que requieren sujeción.

Estándar COP.10.10 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administra quimioterapia.

Estándar COP.10.11 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales.

ESTÁNDAR COP.10.12 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.

➲PROPÓSITO DE COP.10 A COP.10.12 ✍

Los hospitales brindan atención a una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención clínica. Hay grupos de pacientes que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja, tipo de tratamiento, el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos, entre otros.

Se consideran pacientes de alto riesgo, al menos, los siguientes *doce grupos*, siempre y cuando estén presentes en la organización:

- **Pacientes en situación de urgencia (aquellos que corren peligro de perder la vida, un órgano o función, independientemente del área o servicio en el que se encuentren)**
- **Pacientes a quienes se da reanimación cardiopulmonar**
- **Pacientes en quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes**
- **Pacientes en estado de coma**
- **Pacientes en soporte vital**
- **Pacientes con enfermedades infectocontagiosas**
- **Pacientes inmunodeprimidos**
- **Pacientes con diálisis peritoneal**
- **Pacientes que requieren sujeción**
- **Pacientes que en quienes se administra quimioterapia**
- **Pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales**
- **Pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia**

Además del grupo de pacientes que la organización defina con base en un análisis como de alto riesgo, acorde a su contexto.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, los procesos de atención que se brindan a cada grupo de pacientes de alto riesgo, y es especialmente importante que el proceso definido describa, al menos, los siguientes puntos:

a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

Para el caso específico de los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes, se deberá incluir además los siguientes elementos:

g) La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, por ejemplo, hemorragia vaginal de la mujer gestante.

h) La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.

Las guías clínicas y protocolos son fuentes de información que pueden ayudar a definir cómo se van a llevar a cabo estos procesos de atención en una organización en particular, más no sustituyen al proceso que cada organización debe definir acorde a su contexto y recursos.

Elementos Medibles de COP.10

1. La organización define **sus grupos de pacientes de alto riesgo** (además de los enlistados en COP.10 a COP.10.2
2. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, los procesos de atención que se brindan a cada grupo, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.1

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en situación de urgencia***, el proceso incluye, al menos,, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.2

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes a quienes se da reanimación cardiopulmonar***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.3

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
    - La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, por ejemplo, hemorragia vaginal de la mujer gestante.
    - La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.4

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en estado de coma***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.5

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en soporte vital***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.6

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes con enfermedades infectocontagiosas***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.7

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes inmunodeprimidos***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.8

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes con diálisis peritoneal***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.9

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes que requieren sujeción***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.10

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en quienes se administra quimioterapia***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.11

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los ***pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales***, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.12

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia** , el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

TERAPIA DE REMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS

ESTÁNDAR COP.11 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

PROPÓSITO DE COP.11

El grupo de pacientes que recibe terapia de remplazo renal con hemodiálisis se considera de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control puntuales para obtener mejores resultados.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda al grupo de pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención de todos los pacientes, incluidas las consideraciones especiales, al menos, del grupo de pacientes seropositivos**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la primera sesión de terapia de remplazo renal con hemodiálisis**
- **d) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros**
- **e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de remplazo renal con hemodiálisis**
- **f) Cuáles son las acciones a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de remplazo renal con hemodiálisis**
- **g) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención**
- **h) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**

Cuando el hospital subroga terapia de remplazo renal con hemodiálisis, se integran los incisos del a) al h) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado.

Elementos Medibles de COP.11

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis, que incluye los siguientes elementos:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención de todos los pacientes, incluidas las consideraciones especiales, al menos, del grupo de pacientes seropositivos
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la primera sesión de terapia de remplazo renal con hemodiálisis

- Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros
- Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de remplazo renal con hemodiálisis
- Cuáles son las acciones a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de remplazo renal con hemodiálisis
- Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención
- Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
3. Si se subroga el servicio de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, se integran los incisos del a) al h) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados.

ESTÁNDAR COP.11.1 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis son monitorizados desde que se integran al programa.

➲PROPÓSITO DE COP.11.1

Para brindar la atención a los pacientes que se integran a un programa de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, se lleva a cabo lo siguiente acorde al Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM y a la legislación aplicable vigente.

Al *integrar al paciente al Programa*, al menos, se cuenta con los siguientes resultados de laboratorio y gabinete:

a) **Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC)**
b) **Biometría Hemática completa**
c) **Electrolitos séricos**
d) **Química sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina)**
e) **Depuración de creatinina, si corresponde**
f) **Radiografía de tórax**
g) **Electrocardiograma**

Durante *cada sesión* de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, el proceso de monitorización incluye, al menos, lo siguiente:

a) **Peso del paciente pre y post diálisis**
b) **Presión arterial pre, trans y post diálisis**
c) **Temperatura pre y post diálisis**
d) **Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis**
e) **Frecuencia respiratoria pre, trans y postdiálisis**
f) **Signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis (disnea, dolor torácico, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres)**
g) **Valoración del acceso vascular pre, trans y post diálisis**

Cada mes, y cuando se refiera **al paciente a otro establecimiento, se realiza un resumen clínico que, al menos, contiene lo siguiente:**

a) Diagnóstico nefrológico
b) Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
c) Tiempo en el programa de Hemodiálisis
d) Tipo de acceso vascular y su estado de funcionalidad
e) Tipo de hemodializador y reúsos
f) Peso seco habitual
g) Ganancia interdialítica
h) Alergias
i) Medicamentos
j) Problemas en diálisis
k) Cinética de urea (Kt/V)
l) Serología viral
m) Vacunas recibidas
n) Candidato a trasplante (Sí o No)

Elementos Medibles de COP.11.1

1. Al integrar al paciente al Programa terapia de remplazo renal con hemodiálisis, al menos, se cuenta con los siguientes resultados de laboratorio y gabinete, y se documentan:
    - Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC)
    - Biometría Hemática completa
    - Electrolitos séricos
    - Química sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
    - Depuración de creatinina, si corresponde
    - Radiografía de tórax
    - Electrocardiograma
2. Durante cada sesión de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, el proceso de monitorización incluye, al menos, lo siguiente, y se documenta:
    - Peso del paciente pre y post diálisis
    - Presión arterial pre, trans y post diálisis
    - Temperatura pre y post diálisis
    - Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis
    - Frecuencia respiratoria pre, trans y postdiálisis
    - Signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis (disnea, dolor torácico, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres)
    - Valoración del acceso vascular pre, trans y post diálisis
3. Cada mes, y cuando se refiera al paciente a otro establecimiento, se realiza un resumen clínico que, al menos, contiene lo siguiente:
    - Diagnóstico nefrológico
    - Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
    - Tiempo en el programa de Hemodiálisis
    - Tipo de acceso vascular y su estado de funcionalidad
    - Tipo de hemodializador y reúsos
    - Peso seco habitual
    - Ganancia interdialítica
    - Alergias
    - Medicamentos
    - Problemas en diálisis
    - Cinética de urea (Kt/V)
    - Serología viral
    - Vacunas recibidas
    - Candidato a trasplante (Sí o No)

SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y PERINATAL

ESTÁNDAR COP.12

Se ha definido un proceso que guía la atención de la salud reproductiva.

PROPÓSITO DE COP.9

Es prioridad de todas las organizaciones garantizar la atención en salud reproductiva; este proceso de atención debe permitir la prestación de servicios accesibles, de calidad y seguridad de acuerdo a la legislación aplicable vigente. La organización debe procurar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, con particular énfasis en la planeación familiar, consejería a la población adolescente y violencia familiar, así como, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.

Elementos Medibles de COP.9

1. Se ha definido un proceso que guía la atención de la salud reproductiva.
2. Si corresponde, existe un proceso que guía la Planeación Familiar.
3. Si corresponde, existe un proceso que guía la atención a víctimas de violencia familiar.
4. Si corresponde, existe un proceso que guía la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y cáncer de mama.
5. La práctica es consistente con los procesos definidos por la organización

ESTÁNDAR COP.12.1

Se ha definido un proceso que guía la atención obstétrica.

PROPÓSITO DE COP.12.1 ✍

La cesárea y el legrado uterino obstétrico conllevan un riesgo elevado, por lo que la planeación y la selección del procedimiento deben estar debidamente justificadas basándose en la valoración del estado clínico de la paciente y realizarse previa información de riesgos, beneficios y alternativas.

La justificación de la indicación de cesárea o de legrado uterino obstétrico se documenta en el expediente clínico, antes de realizar el procedimiento.

La tasa de cesáreas en los hospitales es un indicador de calidad de la atención médica, ya que una cesárea sin indicación precisa aumenta innecesariamente el riesgo de complicaciones tanto en el neonato como en la madre, además de que incrementa de manera importante el costo de un nacimiento.

Con el propósito de disminuir el índice de cesáreas de primera vez no justificadas, se lleva a cabo una supervisión estricta del manejo de la misma, sus causas e indicaciones precisas, la información otorgada a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y de su futuro ginecobstétrico.

Al menos, una vez al año la organización analiza con enfoque multidisciplinario, con el propósito de llevar a cabo las acciones apropiadas, lo siguiente:

- **la morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea;**
- **la morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea;**
- **las causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas; y**
- **la mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal, que puedan ser causa de un mal manejo de la cesárea de primera vez.**

Los derechos de las pacientes obstétricas y ginecológicas deben respetarse en todas las etapas de su proceso de atención, haciendo énfasis en el respeto a su privacidad, al acceso a la información incluyendo la posibilidad de obtener una segunda opinión, de conocer beneficios, riesgos y alternativas de los procedimientos y de la consiguiente aceptación o no de los mismos.

Elementos Medibles de COP.12.1

1. La organización define un proceso para la atención obstétrica.
2. El proceso incluye la definición de las indicaciones para practicar una cesárea dentro de la organización.
3. El proceso incluye la definición de las indicaciones para la realización de legrado uterino obstétrico (LUI) o una Aspiración Manual Endouterina (AMEU).
4. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.
5. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un legrado uterino obstétrico o una Aspiración Manual Endouterina.
6. A todas las mujeres en trabajo de parto se les realiza un partograma de manera sistemática y acorde a la legislación aplicable vigente.
7. Los recién nacidos reciben el esquema de vacunación dentro de la organización, si corresponde.
8. A los recién nacidos se les realiza el Tamiz Neonatal dentro de la organización, si corresponde.
9. Se analiza por un equipo multidisciplinario lo siguiente:
    - la morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea;
    - la morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea;
    - las causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas; y
    - la mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal, que puedan ser causa de un mal manejo de la cesárea de primera vez.
10. En hospitales con médicos residentes de ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, un médico especialista supervisa y valida la indicación de realizar una cesárea de primera vez por un médico residente capacitado.
11. Se ha definido un proceso para obtener una segunda opinión acerca de la terminación del embarazo, si se requiere o si se solicita, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR COP.12.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se define un proceso que guía la atención de las emergencias obstétricas y neonatales con enfoque de alto riesgo.

PROPÓSITO DE COP.12.2

El grupo de pacientes con emergencias obstétricas y neonatales se considera de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control puntuales para obtener mejores resultados. Además, la organización debe de garantizar el "cero rechazo" a pacientes

embarazadas y puérperas en situación de emergencia o definir un proceso para su referencia y/o traslado a un establecimiento resolutivo.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención de las emergencias obstétricas y neonatales, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**
- **g) Cuáles son las situaciones en las que será necesario referir y/o trasladar a una paciente o a un neonato a otro establecimiento.**

Elementos Medibles de COP.12.2

1. Se respeta el "cero rechazo" para pacientes embarazadas y puérperas.
2. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención de las ***emergencias obstétricas***, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
    - Cuáles son las situaciones en las que será necesario referir y/o trasladar a una paciente a otro establecimiento.
3. Las pacientes con emergencias obstétricas reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención de las ***emergencias neonatales***, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
    - Cuáles son las situaciones en las que será necesario referir y/o trasladar a un neonato a otro establecimiento.
5. Las pacientes con emergencias neonatales reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

ESTÁNDAR COP.13 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

La organización define el proceso que guía la cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas.

PROPÓSITO DE COP.13

La obesidad es un problema de salud pública nacional, México es el segundo lugar en obesidad en adultos a nivel mundial y el primer lugar en obesidad infantil.

Cerca del 40% de muertes en nuestro país están relacionadas con la obesidad, diabetes, hipertensión arterial e infarto al miocardio, por lo que es necesario otorgar a los pacientes con sobrepeso y obesidad un tratamiento integral y multidisciplinario en establecimientos que cuenten con la infraestructura necesaria.

En los hospitales donde se realiza cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas se define un proceso a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que guíe esta práctica, y que incluya, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

Además la organización garantiza que las instalaciones y el mobiliario sean adecuados para la atención segura de estos pacientes (acorde al peso máximo de los pacientes a quienes se ofrece el servicio).

Elementos Medibles de COP.13

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas, y es especialmente importante que incluyan los siguientes elementos:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
   - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
   - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
   - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.
3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.

MEDICINA COMPLEMENTARIA: ACUPUNTURA

ESTÁNDAR COP.14

La organización define el proceso que guía la práctica de la Acupuntura.

PROPÓSITO DE COP.14

En los hospitales en donde se practique acupuntura, se deberá llevar a cabo de acuerdo a la legislación aplicable vigente. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la práctica de acupuntura, y es especialmente importante que incluyan los siguientes elementos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**

La organización toma en cuenta los siguientes aspectos:

- **a) las circunstancias y/o padecimientos en los que la acupuntura únicamente puede ser utilizada como paliativo del dolor en etapa terminal;**
- **b) las competencias necesarias según legislación aplicable vigente para el personal clínico que realice la práctica de acupuntura; y**
- **c) que los insumos para la práctica de acupuntura estén aprobados por la Secretaría de Salud.**

Elementos Medibles de COP.14

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la práctica de acupuntura, y es especialmente importante que incluyan los siguientes elementos:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
   - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
   - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
   - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

TURISMO MÉDICO

ESTÁNDAR COP.15 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía el turismo médico

PROPÓSITO DE COP.15

Como resultado de la globalización y el acceso a la información, cada vez es más común que pacientes elijan salir de su país de residencia para recibir tratamientos y cuidados en el extranjero. Estos servicios de salud incluyen intervenciones quirúrgicas, tratamientos preventivos, diagnósticos, rehabilitación, terapias, entre otros.

En los hospitales donde se brinda atención a pacientes programados por turismo médico y/o habitualmente a viajeros, ya sea por problemas de salud o accidentes durante el viaje, (convenios con hoteles, cruceros, localización en zonas turísticas, entre otros) se define un proceso a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que guíe esta práctica, y que incluya, al menos, los siguientes elementos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, el servicio en el que se encuentra el paciente, su nacionalidad, entre otros.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles**
- **g) Qué procesos se llevarán a cabo para asegurar la continuidad de la atención en lugar de residencia.**

Elementos Medibles de COP.15

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y sistémico, el proceso que guía el turismo médico, y es especialmente importante que incluyan los siguientes elementos:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, el servicio en el que se encuentra el paciente, su nacionalidad, entre otros.
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
   - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
   - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
   - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
   - Qué procesos se llevarán a cabo para asegurar la continuidad de la atención en su país de origen.
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anesthesia and Surgical Care

ASC

ASC

Anestesia y Atención Quirúrgica

ÁREAS DE ENFOQUE

Organización y Gestión

▲

Sedación y Anestesia

▲

Atención Quirúrgica

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

ESTÁNDAR ASC.1
Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ASC.1

La organización cuenta con un sistema para proporcionar anestesia y sedación, acorde a la población de pacientes a quienes brinda atención y a los servicios que se prestan en el establecimiento.

Los servicios de anestesia y sedación, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente. Se cuenta con servicios de anestesia y sedación disponibles para casos de urgencia.

Cuando se subroga el servicio de anestesia y/o sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.1

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Hay servicios de anestesia y sedación para casos de urgencia.
4. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.

ESTÁNDAR ASC.2
Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.2

Los servicios de anestesia y sedación se encuentran bajo la coordinación y gestión de personal competente. Las responsabilidades del personal que coordina y gestiona son las siguientes:

a) la elaboración, implementación y actualización de los procesos;
b) la gestión administrativa;
c) la implementación de un programa de control de calidad;
d) la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.
3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

SEDACIÓN Y ANESTESIA

ESTÁNDAR ASC.3

Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.3

Los grupos de pacientes a quienes se administra anestesia y sedación se consideran de alto riesgo, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control adecuados para obtener mejores resultados.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a estos grupos de pacientes, y es especialmente importante que el proceso incluya, al menos, los siguientes elementos:

- **a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.**
- **b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.**
- **c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;**
- **d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.**
- **e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y**
- **f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.**

En el caso de la sedación, la organización define el proceso para que médicos no anestesiólogos administren sedación.

Cuando el hospital subroga el servicio de anestesia y sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.3

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra **anestesia**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:
   - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
   - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
   - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
   - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
   - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
   - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
3. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.

4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra **sedación**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:
    - Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
    - Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
    - Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
    - Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
    - Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
    - Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.
5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
6. Se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.

ESTÁNDAR ASC.3.1
Se lleva a cabo una evaluación presedación.

ESTÁNDAR ASC.3.2 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.

PROPÓSITO DE ASC.3.1 Y ASC.3.2

La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando un proceso estandarizado.

El anestesiólogo o médico autorizado por la organización realiza una evaluación presedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente. Se define el alcance y el contenido de esta evaluación. El médico que administra la sedación es el responsable de llevar a cabo una monitorización continua de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.

Se mantiene un único nivel de atención en todas las áreas y/o servicios donde se administre sedación, sea por anestesiólogos o cualquier otro médico autorizado.

Elementos Medibles de ASC.3.1

1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anestesiólogo o médico autorizado.
3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.

Elementos Medibles de ASC.3.2

1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.4 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción.

➲PROPÓSITO DE ASC.4

Como la anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, su administración debe planearse con base en una valoración preanestésica, la cual también servirá para planear el uso de analgesia postquirúrgica.

La valoración preanestésica proporciona información necesaria para:

a) seleccionar la anestesia y su planeación;
b) administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
c) interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación preanestésica puede ser llevada a cabo previa a la admisión del paciente, o en el caso de una emergencia en un momento previo al procedimiento quirúrgico.

La evaluación preinducción es independiente de la evaluación preanestésica y se enfoca en la estabilidad fisiológica y la disposición del paciente para la anestesia. Esta se lleva a cabo inmediatamente antes de la inducción a la anestesia.

Ambas valoraciones se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.4

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente.
2. La valoración preanestésica la realiza un médico anestesiólogo.
3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.
4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anestesiólogo.
6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.5

Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.5

La atención anestésica se planifica y documenta en el expediente clínico en la nota preanestésica acorde a la legislación aplicable vigente. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones, identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control durante la cirugía y la atención postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.5

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. El plan se documenta en la nota preanestésica.

ESTÁNDAR ASC.5.1

Los riesgos, beneficios y las alternativas de la sedación y/o anestesia se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.5.1

El proceso de planeación anestésica incluye la información al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la sedación y/o anestesia planeada Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento informado. La información la brinda el médico anestesiólogo o en el caso de la sedación el médico autorizado por la organización.

Elementos Medibles de ASC.5.1

1. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la sedación.
2. La información la brinda un médico anestesiólogo o el médico autorizado por la organización para brindar sedación.
3. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia planeada.
4. La información la brinda un médico anestesiólogo.

ESTÁNDAR ASC.5.2

Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

PROPÓSITO DE ASC.5.2

A fin de garantizar la continuidad de la atención se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Elementos Medibles de ASC.5.2

1. Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia utilizada.
2. Se documenta en el expediente clínico la técnica anestésica utilizada.

ESTÁNDAR ASC.5.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia.

PROPÓSITO DE ASC.5.3

La monitorización continua del paciente ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la administración de la anestesia y en el periodo de recuperación. Los métodos de monitorización dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo durante su administración. No obstante, en todos los casos, el proceso de monitorización es continuo, y los resultados se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.5.3

1. Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico durante la administración de la anestesia.
2. Se documentan los resultados de la monitorización continua en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.6

Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo.

PROPÓSITO DE ASC.6

La monitorización de un paciente en el periodo postanestésico y el análisis de los resultados de dicha monitorización respaldan la decisión sobre darlo de alta y trasladarlo a otras áreas o a servicios menos intensivos. Se documenta la información.

Hay ocasiones en las que el paciente es trasladado inmediatamente, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras, para continuar su monitorización postanestésica.

Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documenta en el expediente clínico.

Se documenta en el expediente clínico la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos Medibles de ASC.6

1. Se monitoriza a los pacientes durante el periodo postanestésico.
2. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.
3. Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica.
4. Se documentan la hora de inicio y terminación de la recuperación en el expediente clínico.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

ESTÁNDAR ASC.7
Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.7

Debido a que la cirugía conlleva un riesgo, su planeación es una actividad crítica. La valoración prequirúrgica del paciente es la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado y proporciona la información necesaria para:

- **seleccionar el procedimiento y momento adecuado;**
- **llevar a cabo los procedimientos en forma segura; e**
- **interpretar los resultados de la monitorización del paciente.**

La selección del procedimiento depende de los antecedentes, condición y diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento, así como, la evaluación prequirúrgica, los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico y otras evaluaciones relacionadas. La evaluación prequirúrgica se lleva a cabo en un breve marco de tiempo en caso de que un paciente de urgencia necesite ser intervenido. La evaluación prequirúrgica se documenta en el expediente clínico, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí sólo no constituye un diagnóstico.

Elementos Medibles de ASC.7

1. Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.
2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación.
3. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio.
4. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica planeada.

ESTÁNDAR ASC.7.1
Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.7.1

Los pacientes y sus familiares, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado. La información incluye:

a) los riesgos del procedimiento planeado;
b) los beneficios del procedimiento planeado;
c) las posibles complicaciones; y
d) las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando pueda necesitarse la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, también se informará sobre los riesgos, beneficios y alternativas. El cirujano u otra persona calificada, proporcionará esta información.

Elementos Medibles de ASC.7.1

1. Se informa al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planeado.
2. La información incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y/o hemocomponentes.
3. El cirujano u otra persona con las competencias necesarias, brinda la información.

ESTÁNDAR ASC.7.2

Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica.

PROPÓSITO DE ASC.7.2

La atención postquirúrgica depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se documenta una nota postquirúrgica acorde a la legislación aplicable vigente, la cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) Diagnóstico preoperatorio
b) Cirugía Planeada
c) Cirugía realizada
d) Diagnóstico postoperatorio
e) Descripción de la técnica quirúrgica
f) Hallazgos transoperatorios
g) Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.
h) Incidentes y accidentes
i) Cuantificación del sangrado, si lo hubo, y en su caso transfusiones
j) Resultados e interpretación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios
k) Estado postquirúrgico inmediato
l) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato
m) Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico

A fin de respaldar la continuidad de la atención, las notas quirúrgicas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.7.2

1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.
2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, lo siguiente:
    - Diagnóstico preoperatorio
    - Cirugía Planeada
    - Cirugía realizada
    - Diagnóstico postoperatorio
    - Descripción de la técnica quirúrgica
    - Hallazgos transoperatorios
    - Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.
    - Incidentes y accidentes
    - Cuantificación del sangrado, si lo hubo, y en su caso transfusiones
    - Resultado e interpretación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios
    - Estado postquirúrgico inmediato

- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato
- Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico

3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

ESTÁNDAR ASC.7.3 **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato.

PROPÓSITO DE ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato. La monitorización se adecúa al estado del paciente y al procedimiento realizado. Los resultados de la monitorización respaldan las decisiones transoperatorias y postoperatorias, tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. La monitorización guía la atención médica y de enfermería. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.7.3

1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía.
2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.
3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el periodo postoperatorio inmediato.
4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.7.4

Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

PROPÓSITO DE ASC.7.4

Las necesidades de atención postquirúrgicas son diferentes en cada paciente, por lo tanto, es necesario planearlas, incluyendo el entorno de atención, la monitorización, tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planeación de la atención postquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y la condición del paciente. La atención planeada se documenta en el expediente clínico a fin de asegurar la continuidad de la atención durante el periodo de recuperación o rehabilitación.

Elementos Medibles de ASC.7.4

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. El o los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico.

EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y A SU FAMILIA

Patient and Family Education

PFE

ESTÁNDAR PFE.1

La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas.

PROPÓSITO DE PFE.1

Cada organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar activamente en su cuidado, basándose en la misión, los servicios prestados, el contexto general de la organización y las necesidades específicas de cada paciente.

La educación se proporciona considerando cuatro perspectivas:

a) **Basada en las necesidades específicas de cada paciente: es aquella que se proporciona fundamentada en la búsqueda intencionada de dudas y/o inquietudes manifestadas por el paciente y/o su familia, y que se relacionan con su proceso de atención.**
b) **Basada en la condición clínica del paciente: por ejemplo, educación para pacientes con diagnóstico de diabetes, mujeres puérperas, pacientes hipertensos, pacientes postquirúrgicos, entre otros.**
c) **Organizacional: es aquella educación que la organización define que se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado, con base en un análisis multidisciplinario del contexto de la organización. Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas con el riesgo de caídas, dolor, reglamento hospitalario, terceros pagadores (Seguro Popular, aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.**
d) **Acorde al Modelo del SiNaCEAM: Manejo Integral de Cuidados Paliativos (Acuerdo publicado en el DOF el 26 de diciembre de 2014) y Fomento a la Lactancia Materna (Acuerdo publicado en el DOF el 22 de junio de 2012).**

La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, la organización puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

a) **Designar un coordinador de educación**
b) **Crear un comité de educación**
c) **Crear un servicio de educación**
d) **Trabajar con todo el personal**

Como parte del proceso educativo, la organización define:

a) **La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.**
b) **El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación basada en las necesidades específicas de cada paciente y la basada en su condición clínica.**
c) **El lugar en donde se documenta la educación organizacional y la del Modelo del CSG.**

Elementos Medibles de PFE.1

1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:
   - Basada en las necesidades específicas de cada paciente
   - Basada en la condición clínica del paciente
   - Organizacional
   - Acorde al Modelo del SiNaCEAM
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La educación se proporciona de manera coordinada con un enfoque multidisciplinario.
4. La organización ha definido la manera y el lugar en que la educación proporcionada deberá documentarse.
5. Se documenta la educación proporcionada tal como lo definió la organización.

ESTÁNDAR PFE.2

Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.2.1

Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.2 Y PFE 2.1

El proceso educativo inicia con la identificación de las barreras para el aprendizaje de cada paciente y sus necesidades específicas de educación dentro de las primeras 24 horas de hospitalización (proceso de evaluación inicial), lo que contribuye a que la planeación de la educación sea más efectiva y permita brindar una atención centrada en el paciente; además, la identificación de las necesidades específicas de cada paciente corresponde a la *primera perspectiva del proceso educativo.*

Algunas barreras para el aprendizaje a considerar son las siguientes:

a) las creencias y valores del paciente y de su familia;
b) su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
c) las barreras emocionales y las motivaciones;
d) las limitaciones físicas y cognitivas;
e) la disposición del paciente para aprender; y
f) la habilidad para realizar un procedimiento.

Los elementos que forman parte del proceso de evaluación inicial con respecto al proceso educativo tienen como objetivo:

a) Evaluar de manera intencionada las barreras para el aprendizaje de cada paciente en las primeras 24 horas,
b) Evaluar las necesidades específicas de educación expresadas por el paciente (dudas e inquietudes relacionadas con el proceso de atención, entre otros), mediante la búsqueda intencionada en las primeras 24 horas,
c) Definir el personal clínico que las llevará a cabo acorde a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal,

d) Documentar el resultado de las evaluaciones, y en el caso de las necesidades específicas de educación, registrarlas tal como las expresa el paciente.
e) Proporcionar educación relacionada a las necesidades específicas de cada paciente.
f) Documentar dentro del expediente clínico la educación proporcionada tal como lo ha definido la organización.

Cada organización define si los elementos antes mencionados se deben revaluar, los intervalos de tiempo en que se realizan las revaluaciones y, si corresponde, su documentación; asimismo, el personal clínico que llevará a cabo dichas revaluaciones.

Elementos Medibles de PFE.2

1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación de barreras para el aprendizaje en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
6. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

Elementos Medibles de PFE.2.1

1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación como parte del proceso de evaluación inicial (primeras 24 horas de hospitalización).
4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
7. A cada paciente se le proporciona educación basada en sus necesidades específicas.
8. Se documenta en el expediente clínico esta educación.

ESTÁNDAR PFE.3
Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.3.1
La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención.

ESTÁNDAR PFE.3.2
La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México.

PROPÓSITO DE PFE.3, PFE.3.1 Y PFE.3.2

La *segunda perspectiva del proceso educativo* es la que se basa en la condición clínica del paciente, a partir de la identificación que el personal clínico involucrado en el proceso de atención de cada paciente, considera necesaria acorde a su disciplina. Esta identificación toma en cuenta los conocimientos y destrezas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, así como para participar y continuar con sus cuidados al egreso. La organización ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Cuando corresponde, la organización proporciona educación en temas relacionados con:

- **El uso seguro y efectivo de los medicamentos que toma el paciente**
- **El uso seguro y efectivo de equipo médico**
- **Dieta y nutrición**
- **Manejo del dolor**
- **Técnicas de rehabilitación.**

Además, si corresponde, se proporciona educación en temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México, como por ejemplo:

- **Planeación familiar**
- **Violencia familiar**
- **Enfermedades crónico-degenerativas**
- **Patologías oncológicas**
- **Adicciones**
- **Enfermedades prevenibles por vacunación**
- **Datos de alarma en embarazadas**

Elementos Medibles de PFE.3

1. Acorde a la condición clínica de cada paciente, el personal clínico involucrado en el proceso de atención identifica la educación que debe de proporcionarse.
2. Se proporciona la educación acorde a lo identificado por el personal clínico.
3. El personal clínico documenta en el expediente clínico la educación que proporciona al paciente.

Elementos Medibles de PFE.3.1

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de los medicamentos.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.

Elementos Medibles de PFE.3.2

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planeación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería para adolescentes y violencia familiar.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebrovasculares.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación.
6. Si corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma durante el embarazo para solicitar atención en forma inmediata.

ESTÁNDAR PFE.4

Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.4

La *tercera perspectiva del proceso educativo* es la organizacional, la cual ha definido la organización con base en un análisis multidisciplinario de su contexto. Esta educación se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado. Asimismo, ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas con el riesgo de caídas, dolor, reglamento hospitalario, terceros pagadores (Seguro Popular, aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

Elementos Medibles de PFE.4

1. Se proporciona educación a los pacientes, con base en lo establecido por la organización.
2. Se documenta la educación organizacional que se proporciona al paciente, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.

ESTÁNDAR PFE.5

Se proporciona educación acorde al Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.5

La *cuarta perspectiva del proceso educativo* es la establecida por el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, que incluye educación para todos los pacientes en los siguientes temas:

- **Higiene de manos (MISP.5).**
- **Riesgo de caídas (MISP.6).**
- **Dolor (AOP, COP).**
- **Manejo Integral de Cuidados Paliativos (Acuerdo publicado en el DOF el 26 de diciembre de 2014) y fomento a la lactancia materna (Acuerdo publicado en el DOF el 22 de junio de 2012), cuando corresponda.**
- **Fomento a la lactancia materna en las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio (Acuerdo publicado en el DOF el 22 de junio de 2012), cuando corresponda.**

Elementos Medibles de PFE.5

1. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con la Higiene de manos.
2. Se documenta la educación relacionada con la Higiene de manos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
3. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el riesgo de caídas.
4. Se documenta la educación relacionada con el riesgo de caídas, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
5. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el dolor.
6. Se documenta la educación relacionada con el dolor, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
7. En las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al Fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.
8. Se documenta la educación relacionada al Fomento a la lactancia materna, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
9. Cuando corresponda, se proporciona educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos.
10. Se documenta la educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.

ESTÁNDAR PFE.6

Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.6

Entender las barreras para el aprendizaje de los pacientes, ayuda a que la organización seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados.

Como parte del proceso educativo, se alienta a los pacientes a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal; esta interacción entre el paciente y el personal permite una realimentación que asegura que la información se

comprenda, sea adecuada y útil. El personal reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención médica segura y de buena calidad.

La organización decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura.

Elementos Medibles de PFE.6

1. Se alienta a los pacientes a hacer preguntas y a decir lo que piensan, para confirmar que se comprendió la información.
2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado acorde a las barreras para el aprendizaje y las preferencias del paciente.

ESTÁNDAR PFE.7

El proceso educativo incluye a terceros.

PROPÓSITO DE PFE.7

En ocasiones, el proceso educativo debe dirigirse a un tercero, por ejemplo en pacientes pediátricos, inconscientes y/o con alguna discapacidad que impida la comunicación y/o la comprensión de la información. Cada organización integra en la definición de su proceso educativo las situaciones, la manera en que proporcionará educación a un tercero, y el lugar donde se documentará. Los terceros a quienes se proporciona educación pueden ser familiares, amigos, cuidadores, entre otros.

Elementos Medibles de PFE.7

1. La organización incluye dentro de su proceso educativo el proporcionar educación a terceros.
2. Se proporciona educación a terceros en las situaciones definidas por la organización.
3. Se proporciona educación a terceros de la manera definida por la organización.
4. Se documenta la educación proporcionada a terceros acorde a lo definido por la organización.
5. Si corresponde, se proporciona educación a terceros.

ESTÁNDAR PFE.8

El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.8

El proceso educativo se lleva a cabo por personal competente que entiende la importancia y los beneficios de proporcionar educación al paciente. De acuerdo a las cuatro perspectivas del proceso educativo, el personal correspondiente, clínico y no clínico, proporciona educación de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario.

El conocimiento del tema, el tiempo adecuado disponible y la capacidad de comunicarse efectivamente son aspectos importantes a tomar en cuenta para un proceso de educación efectivo.

Elementos Medibles de PFE.8

1. El proceso educativo se proporciona de manera coordinada.
2. Quienes imparten educación cuentan con el conocimiento del tema para hacerlo.
3. Quienes imparten educación cuentan con las competencias para hacerlo.

SECCIÓN.5

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Management of Communication and Information

MCI

MCI

Gestión de la Comunicación y la Información

ÁREAS DE ENFOQUE

Gestión de la Información

▲

Agrupación, Categorización y Análisis de la Información

▲

Gestión de la Comunicación

▲

Expediente Clínico

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.1

Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización.

PROPÓSITO DE MCI.1

La información se genera y se utiliza durante los procesos clínicos y de gestión de un hospital. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de un proceso efectivo. El proceso incorpora aportes de varias fuentes:

- **los prestadores de atención;**
- **los líderes y responsables de áreas del establecimiento; y**
- **las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención del hospital, por ejemplo, instituciones, servicios subrogados, aseguradoras, entre otros.**

El proceso toma en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para una comunicación coordinada entre el equipo multidisciplinario de atención. El proceso es adecuado para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos.

El proceso incluye la determinación de los datos y la información que deberán de manejarse de manera estandarizada de tal forma que puedan agruparse, categorizarse y analizarse para identificar patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.1

1. La organización define qué datos e información deberán manejarse de manera estandarizada.
2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información.
3. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
4. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
5. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
6. El proceso para manejar información es adecuado para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.

ESTÁNDAR MCI.1.1
Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización.

AESP.8 MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROPÓSITO DE MCI.1.1

La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide, al menos una vez por año, la cultura de la seguridad del paciente en su organización.

La cultura de seguridad del paciente de una organización es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la organización gestiona la seguridad del paciente. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación fundamentada en la confianza mutua, debido a la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas; esta definición es tomada de la Agencia para la Investigación sanitaria y la Calidad (AHRQ), así mismo la AHRQ establece que esta ENCUESTA puede ser utilizada para:

- **Sensibilizar al personal sobre la seguridad del paciente,**
- **Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en la organización**
- **Identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente**
- **Analizar las tendencias en el cambio de cultura de seguridad del paciente con el tiempo**
- **Evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad de los pacientes**
- **Realizar comparaciones dentro y entre organizaciones**

Esta medición se lleva a cabo al realizar el cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación sanitaria y la Calidad (AHRQ), con enfoque multidisciplinario (personal clínico y no clínico) y con enfoque sistémico (todas las áreas, todos los turnos).

Los resultados del cuestionario se analizan y se identifican prioridades para mejorar. Se diseñan e implementan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.

La información obtenida se toma en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y sistemas del Modelo de Seguridad del paciente del CSG, en especial del Plan de calidad y Seguridad del Paciente.

La organización se basa en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud [Acuerdo CSG 60/06.03.17] publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 08 de septiembre de 2017.

Elementos Medibles de MCI.1.1

1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.
2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará.
3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.
4. El cuestionario se aplica al menos una vez por año a la muestra seleccionada.
5. Los resultados de la medición se miden y se analizan, al menos, una vez por año.
6. Se identifican prioridades a través del análisis, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.
7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.
8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del paciente.

ESTÁNDAR MCI.2

Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante.

PROPÓSITO DE MCI.2

A partir de un análisis multidisciplinario, la organización determina qué datos e información clínica y no clínica serán considerados confidenciales, por ejemplo, datos financieros, información sobre el personal, la información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, el expediente clínico, los datos de una investigación, entre otros.

La organización define un proceso para guardar la confidencialidad de esta información de acuerdo al contexto de la organización y la legislación aplicable vigente, de igual manera se define un proceso que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Elementos Medibles de MCI.2

1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.
2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo al contexto de la organización y conforme a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso está implementado.
4. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.
5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

ESTÁNDAR MCI.3

Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información.

PROPÓSITO DE MCI.3

La organización define los procesos de seguridad que permiten el acceso a los datos y la información clasificada sólo al personal autorizado por esta. El acceso a las distintas categorías de información toma en cuenta las necesidades identificadas por cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

En el proceso se define:

a) **la información a la cual tiene acceso el personal;**
b) **la obligación del usuario de mantener la seguridad y la integridad de los datos y/o la información; y**
c) **el proceso a seguir en caso de que se violen la confidencialidad, la seguridad y/o la integridad.**

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información es determinar quién está autorizado para obtener información. Es sumamente importante que la organización determine quién puede acceder e ingresar información en el expediente clínico. Existe un proceso para asegurar que sólo personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos.

Estos procesos se definen tomando en cuenta todos los datos y la información que genera la organización, incluyendo lo relacionado con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.3

1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.
2. El proceso incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.
3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información.
4. El proceso está implementado.
5. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.

ESTÁNDAR MCI.4
La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información.

PROPÓSITO DE MCI.4

La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información. Los datos y la información que genera la organización deberán conservarse por periodos suficientes para cumplir con la legislación aplicable vigente, las necesidades de los usuarios y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la investigación y la educación; por ejemplo, los expedientes clínicos de los pacientes deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. El proceso de conservación incluye el cuidado de la información en términos de confidencialidad y seguridad. Cuando el periodo de retención se termina, se destruyen debidamente los datos y la información.

Elementos Medibles de MCI.4

1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización.
2. El proceso establece el tiempo de conservación de los datos y la información acorde al contexto de la organización y a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso de conservación establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
4. Los datos y la información se destruyen debidamente.

ESTÁNDAR MCI.5
Se ha definido un listado de los códigos, símbolos y abreviaturas aceptadas por la organización.

PROPÓSITO DE MCI.5

La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizados facilitan la comparación de datos e información dentro una organización. El empleo uniforme de códigos de diagnóstico y procedimientos respalda la categorización, agrupación y el análisis de los datos. Las abreviaturas permitidas y los símbolos (por ejemplo, los de elementos químicos de la tabla periódica como Na [Sodio], K [Potasio], O_2 [Oxígeno], etc.), también están estandarizados, e incluyen una lista de "no utilizar". Dicha estandarización toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.5

1. Se cuenta con un listado de códigos, símbolos y abreviaturas aceptadas.
2. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados, y se controla su uso.
3. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados, y se controla su uso.
4. Se emplean definiciones estandarizadas.
5. Se emplean símbolos estandarizados, y están identificados y controlados los que no deben emplearse.
6. Se emplean abreviaturas estandarizadas, y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.

ESTÁNDAR MCI.6

Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.

PROPÓSITO DE MCI.6

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen:

- **proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite;**
- **dar al informe un formato que ayude a su uso en el proceso de decisión;**
- **proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite;**
- **vincular fuentes de datos e información; y**
- **ofrecer interpretación o aclaración de datos.**

Elementos Medibles de MCI.6

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.
2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.
4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.

ESTÁNDAR MCI.7

En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario.

PROPÓSITO DE MCI.7

La tecnología para el manejo de la información representa una importante inversión de recursos para un establecimiento de atención médica. Por este motivo, la tecnología se ajusta, cuidadosamente, a las necesidades y recursos actuales y futuros de cada organización. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de manejo de la información existentes; la tecnología mencionada ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios del hospital. Este nivel de coordinación requiere la participación en el proceso de selección de un equipo multidisciplinario que incluya, clínicos, no clínicos y directivos.

Elementos Medibles de MCI.7

1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
2. El personal no clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
3. El personal directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.

ESTÁNDAR MCI.8

Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

PROPÓSITO DE MCI.8

Los datos e información que genera la organización están seguros y protegidos en todo momento; por ejemplo: los expedientes clínicos activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal profesional de la salud autorizado, y se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños. La organización también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso.

Elementos Medibles de MCI.8

1. Los datos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los datos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

ESTÁNDAR MCI.9

El personal es capacitado para gestionar la información.

PROPÓSITO DE MCI.9

El personal de la organización genera, recolecta, analiza, usa los datos debe recibir capacitación a fin de participar efectivamente en la gestión de la información.

Esta educación y capacitación permiten al personal:

- **comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información;**

- **usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;**
- **ayudar en la interpretación de datos;**
- **usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones;**
- **educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención; y**
- **usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.**

El personal está capacitado según corresponda, de acuerdo a sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de categorización y análisis de los datos e información. El proceso de gestión de la información posibilita combinar información de varias fuentes y generar informes para respaldar la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y de gestión ayuda a los líderes a tomar decisiones conjuntas y a hacer planes en colaboración. El proceso de gestión de la información respalda las decisiones, cambios y procesos que se definen por los líderes a través del análisis de los datos a través del tiempo y la identificación de patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.9

1. El personal recibe capacitación acerca de la gestión de la información.
2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.

ESTÁNDAR MCI.10

La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito.

PROPÓSITO DE MCI.10

Los documentos que se manejan en la organización deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración, que tenga como propósito definir cómo se llevarán a cabo los procesos dentro de la organización con el fin de implementar de manera sistemática y estandarizada dichos procesos.

El proceso describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:

- **a) la revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;**
- **b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos;**
- **c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen;**
- **d) la identificación de los cambios en los documentos;**
- **e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;**
- **f) el control de los documentos originados fuera del establecimiento;**
- **g) la retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente, mientras se asegura que no se utilicen por error; y**
- **h) la identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.**

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autorizó la emisión y/o revisó el documento, e identificación en la base de datos (si corresponde).

Los documentos relacionados con el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, están vigentes y fueron realizados conforme al proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de MCI.10

1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los siguientes puntos:
    - La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación.
    - El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos.
    - Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen.
    - La identificación de los cambios en los documentos.
    - El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento.
    - El control de los documentos originados fuera del establecimiento.
    - La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente, mientras se asegura que no se utilicen por error.
    - La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.
2. El proceso está implementado.
3. Todos los documentos relacionados con el Modelo del CSG se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.

AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.11
La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión.

ESTÁNDAR MCI.11.1 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.

ESTÁNDAR MCI.11.2
La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

☑ PROPÓSITO DE MCI.11 A MCI.11.2 ✍

La organización analiza datos agrupados y categorizados para respaldar los procesos de atención y de gestión de la organización. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un *perfil de la organización* en el tiempo, y permiten *comparar su desempeño* con el de otros establecimientos. Por consiguiente, la agrupación, categorización y análisis constituyen una parte importante de las actividades de mejora del desempeño de la organización.

En particular, la información agrupada y categorizada sobre los sistemas críticos, la supervisión de los procesos y el *Plan de Calidad y Seguridad del Paciente* ayudan a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar, una herramienta muy útil es el análisis de *patrones y tendencias*.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un hospital puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño de la organización es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar. Las redes de atención médica y quienes compran o pagan para recibir atención médica con frecuencia solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de aseguradoras hasta las de sociedades profesionales. En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.11

1. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos.
2. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos de gestión.
3. La agrupación, categorización y análisis respaldan el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

➡Elementos Medibles de MCI.11.1

1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.
2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.
3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.
4. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.11.2

1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de las mismas.
2. La organización contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a la legislación aplicable vigente.
3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

ESTÁNDAR MCI.12

La organización se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios.

PROPÓSITO DE MCI.12

La organización identifica la comunidad y la población que reciben sus servicios, por lo que planean una comunicación permanente con dichos grupos de interés. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación con la comunidad y terceros pagadores. Los tipos de información incluyen:

a) información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
b) información sobre la calidad de los servicios.

La información se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

Elementos Medibles de MCI.12

1. La organización ha identificado la comunidad y la población de interés.
2. La organización implementa una estrategia de comunicación con la comunidad y población de interés, acorde a sus condiciones socioculturales.
3. La organización brinda información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para acceder a la atención.
4. La organización brinda información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.

ESTÁNDAR MCI.13

Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención.

PROPÓSITO DE MCI.13

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece el hospital, así como la forma de acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento de satisfacer dichas expectativas. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención que el paciente necesita está más allá de la misión de la organización y de su capacidad.

Elementos Medibles de MCI.13

1. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información sobre los procesos de atención.
3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.

ESTÁNDAR MCI.13.1

La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

PROPÓSITO DE MCI.13.1

Los pacientes sólo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones verbales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importantes tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso. Cuando se empleen personas ajenas a la familia para traducir o interpretar, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse y comprender.

Elementos Medibles de MCI.13.1

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensibles.

ESTÁNDAR MCI.14

La comunicación es efectiva en toda la organización.

PROPÓSITO DE MCI.14

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, las áreas y servicios; entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas.

Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.14

1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.

ESTÁNDAR MCI.15

Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.15

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación, a través de mecanismos formales (por ejemplo: comités permanentes y equipos conjuntos) e informales (por ejemplo: boletines informativos y trípticos) para la promoción de la comunicación entre servicios e individuos. La coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada área, de los servicios y de la colaboración en la definición de procesos con enfoque de sistema.

Elementos Medibles de MCI.15

1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

EXPEDIENTE CLÍNICO

ESTÁNDAR MCI.16

El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención.

PROPÓSITO DE MCI.16

El expediente clínico es una fuente primaria de información del proceso de atención y evolución del paciente, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención en hospitalización, consulta y en otros momentos, según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas médicas, de enfermería y demás sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los prestadores de atención del paciente. La organización identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.16

1. La organización determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

ESTÁNDAR MCI.17

Cada paciente cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.17

Todo paciente evaluado o tratado en la organización en servicios de hospitalización, servicios ambulatorios o servicios de urgencias cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente y un único identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de MCI.17

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Los expedientes clínicos se controlan mediante el uso de un identificador, número de expediente o algún otro método efectivo.

ESTÁNDAR MCI.17.1

El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.

ESTÁNDAR MCI.17.2

El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM.

ESTÁNDAR MCI.17.3

Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.17.1 A MCI.17.3

El expediente clínico debe contener información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

Los expedientes se documentan de acuerdo a la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El expediente de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de MCI.17.1

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.
3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.

Elementos Medibles de MCI.17.2

1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.
2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo de Seguridad del Paciente.
3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

Elementos Medibles de MCI.17.3

1. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen la hora de llegada.
2. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen el estado del paciente al alta.
4. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

ESTÁNDAR MCI.17.4

La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.

PROPÓSITO DE MCI.17.4

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del hospital durante su proceso de atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a que el paciente cambió de área o servicio, la continuidad de la atención requiere que la información esencial relacionada con el paciente se trasfiera con él. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones, y el estado del paciente se puede controlar debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se elabora un resumen de la información clínica en el momento del traslado del paciente dentro de la organización. Dicho resumen incluye el motivo de la transferencia, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados, y el estado del paciente en el momento del cambio de área o servicio.

Este resumen se realiza cuando el paciente cambia de área o servicio para continuar su proceso de atención y ya no regresará al servicio donde se encontraba, por ejemplo de terapia intensiva a hospitalización.

Elementos Medibles de MCI.17.4

1. Se realiza un resumen de la atención brindada cuando el paciente cambia de área o servicio.
2. El resumen incluye el motivo de la transferencia.
3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.
4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.
5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.
6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.
7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.

ESTÁNDAR MCI.18

Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente.

ESTÁNDAR MCI.18.1

Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó información en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.18 Y MCI.18.1

Un aspecto de la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información en el mismo. La organización autoriza a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se

identifique y registre la fecha y la hora en que se ingresó la información a fin de poder llevar un seguimiento adecuado del proceso de atención de cada paciente.

Elementos Medibles MCI.18

1. La organización definió el personal que está autorizado para ingresar información en el expediente clínico.
2. La organización definió el formato y la ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico
3. Sólo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos.

Elementos Medibles de MCI.18.1

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico y se consigna el nombre y la firma.
2. Se identifica la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico.
3. Se identifica la hora de ingreso de la información en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MCI.19

Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.19

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente y ha definido un proceso para evaluar el contenido de los expedientes clínicos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora de la organización y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes clínicos se basa en una muestra que representa a toda la organización, es decir, todos los servicios, turnos, disciplinas, entre otros.

El proceso de revisión del expediente lo realiza un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité coordina la revisión de los expedientes para garantizar un expediente clínico integrado y de calidad. El proceso de revisión de los expedientes incluye tanto los de los pacientes que actualmente reciben atención (expedientes clínicos abiertos) como los de pacientes dados de alta (expedientes clínicos cerrados).

Los datos generados por la revisión de los expedientes clínicos son analizados con el objetivo de identificar patrones y tendencias e implementar acciones de mejora. Esta información se incluye como parte de la identificación de riesgos y problemas del *Plan de Calidad y Seguridad del Paciente*.

Elementos Medibles MCI.19

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.
4. El Comité del Expediente Clínico coordina la revisión de expedientes clínicos.

5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
8. Los resultados del proceso de revisión se analizan y se identifican patrones y tendencias.
9. Se implementan acciones para mejorar la documentación de los expedientes clínicos.
10. La información generada se incluye en la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership and Direction

GLD

GLD

Gobierno, Liderazgo y Dirección

ÁREAS DE ENFOQUE

Gobierno de la Organización

▲

Liderazgo de la Organización

▲

Dirección de Departamentos y Servicios

▲

Ética de la Organización

GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.1
Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.1

Para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, es necesario el involucramiento y compromiso del gobierno de la organización, sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o dueño, quien o quienes son responsables de supervisar el funcionamiento del hospital y de proveer de los recursos necesarios para otorgar servicios de salud con calidad y seguridad a su comunidad o a la población que busca la atención. Dentro de las responsabilidades del gobierno de la organización y de los directivos se incluyen aspectos relacionados con la mejora de la calidad y seguridad hospitalaria, estas responsabilidades se toman en cuenta para la evaluación del desempeño, la cual se fundamenta en criterios específicos y con base en objetivos.

Elementos Medibles de GLD.1

1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad.
2. Se cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada del desempeño de los directivos de la organización.
3. Se incluyen para la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la calidad y seguridad hospitalaria.

ESTÁNDAR GLD.1.1
El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.

ESTÁNDAR GLD.1.2
El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del hospital.

ESTÁNDAR GLD.1.3
El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

ESTÁNDAR GLD.1.4
El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del hospital.

ESTÁNDAR GLD.1.5 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**
El gobierno de la organización aprueba el programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones basándose en los informes que se les presentan.

☑ PROPÓSITO DE GLD.1.1 A GLD.1.5

La prioridad del gobierno de la organización es que esta funcione de forma eficiente y proporcione servicios con calidad y seguridad, por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- **a) la aprobación de la misión de la organización;**
- **b) la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los programas estratégicos y de gestión; y de los procesos necesarios para el funcionamiento diario de la organización;**
- **c) la aprobación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, así como la supervisión de su implementación;**
- **d) la aprobación de la participación de la organización en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;**
- **e) la aprobación del presupuesto para hacer funcionar a la organización; y**
- **f) el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores de la organización.**

El gobierno de la organización desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos del hospital, con el objetivo de dar seguimiento a los programas y cumplir con la misión.

Elementos Medibles de GLD.1.1

1. El gobierno de la organización aprueba la misión, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad
2. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.
3. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.1.2

1. El gobierno de la organización aprueba los programas de gestión, así como procesos para el funcionamiento de la organización.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en los procesos de la organización.
3. El gobierno de la organización aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo se supervisa la calidad de dichos programas.

Elementos Medibles de GLD.1.3

1. El gobierno de la organización aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la organización.
2. El gobierno de la organización asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.1.4

1. El gobierno de la organización designa al director o gerente general de la organización.
2. El gobierno de la organización evalúa el desempeño del director o gerente general de la organización.

➔Elementos Medibles de GLD.1.5

1. El gobierno de la organización aprueba el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. El gobierno de la organización supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
3. El gobierno de la organización recibe informes sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y toma medidas basándose en los mismos.

LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.2

Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE GLD.2

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El director o gerente general es responsable del funcionamiento diario del hospital, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera así como la gestión de la calidad y seguridad. El director o gerente general cuenta con la capacitación, educación y experiencia necesarias para llevar a cabo estas responsabilidades.

El director o gerente general trabaja con los demás directivos para definir la misión y para planear las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a la misión; una vez aprobadas, el director o gerente general, es responsable de garantizar su implementación.

Además, el director o gerente general será responsable de:

- **el cumplimiento de la legislación aplicable vigente;**
- **la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y**
- **los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.**

Elementos Medibles de GLD.2

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del hospital.
2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente
3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno de la organización.
4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas y procesos aprobados.
5. El director o gerente general asegura el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

ESTÁNDAR GLD.3

El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión.

PROPÓSITO DE GLD.3

Los líderes de la organización se involucran y participan en el logro de la misión de la organización. Los líderes pueden provenir de diversas fuentes, algunos pueden ser formales tales como la dirección médica, dirección de enfermería, dirección de calidad y otros jefes de departamentos o servicios clínicos, entre otros, así como aquellos que son reconocidos por su antigüedad, nivel jerárquico o por su contribución al hospital. Es importante que estos líderes

participen de acuerdo a su nivel de responsabilidad para el cumplimiento de la misión del hospital, trabajen en conjunto y elaboren los planes y políticas necesarias.

Elementos Medibles de GLD.3

1. Los líderes trabajan en colaboración para cumplir con la misión de la organización.
2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de elaborar los planes, políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
3. Los líderes se aseguran del cumplimiento a las políticas y los procedimientos aprobados.

ESTÁNDAR GLD.3.1

Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende.

PROPÓSITO DE GLD.3.1

Los servicios de atención al paciente se planean y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes que atienden. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán, conforme a su misión. Los responsables de las áreas y servicios clínicos de la organización determinan los servicios de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y otros esenciales para los pacientes. Los directivos también determinan el alcance y la capacidad física y resolutiva de los diferentes servicios que prestará la organización, directa o indirectamente.

Los servicios planeados reflejan la dirección estratégica de la organización y la perspectiva de los pacientes que atienden.

Elementos Medibles de GLD.3.1

1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán.
2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión de la organización.
3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará la organización.

ESTÁNDAR GLD.3.2

Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

PROPÓSITO DE GLD.3.2

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente importante en áreas clínicas tales como anestesia, radiología y diagnóstico por imagen, cardiología, radioterapia y otros servicios de alto riesgo. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada organización identifica los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planeados a su población de pacientes, los

cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.
Cuando una organización utiliza tecnología y/o productos farmacéuticos "experimentales" en procedimientos de atención a pacientes (ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación anteceda su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado del paciente.

Elementos Medibles de GLD.3.2

1. La organización identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planeados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.
4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.

ESTÁNDAR GLD.3.3
Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.

PROPÓSITO DE GLD.3.3

La organización proporciona servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico por imagen, servicios de laboratorio, servicios de anestesiología, alimentación parenteral, ambulancias, mantenimiento del equipo médico, entre otros.

Para cada servicio subrogado, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) **Características y condiciones de entrega del servicio;**
b) **Cumplimiento de la legislación aplicable vigente;**
c) **Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde;**
d) **Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde.**

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de GLD.3.3

1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluyan lo siguiente:
    - Características y condiciones de entrega del servicio
    - Cumplimiento de la legislación aplicable vigente

- Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde
- Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde

3. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
4. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR GLD.3.4 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación activa en el proceso.

☑ PROPÓSITO DE GLD.3.4

El principal propósito de una organización de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

a) Comprender el enfoque centrado en la seguridad del paciente
b) estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad ;
c) participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de GLD.3.4

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos básicos de la calidad y la seguridad del paciente.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

ESTÁNDAR GLD.3.5

El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

PROPÓSITO DE GLD.3.5

La capacidad de una organización para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los directivos y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planean e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de GLD.3.5

1. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.
2. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para la retención del personal.
3. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el desarrollo individual y la educación continua del personal.

ESTÁNDAR GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

PROPÓSITO DE GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización. Estos líderes:

- **a) respaldan la buena comunicación entre los profesionales;**
- **b) planean y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;**
- **c) aseguran la práctica ética de sus profesiones; y**
- **d) supervisan la calidad de la atención al paciente.**

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. En general, la estructura:

- **a) incluye todo el personal clínico relevante;**
- **b) coincide con la misión y la estructura de la organización;**
- **c) es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional de la organización; y**
- **d) es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.**

La estructura organizacional está representada en un organigrama.

Elementos Medibles de GLD.4

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.
3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planeación clínica y la elaboración de políticas.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
7. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

ESTÁNDAR GLD.5

Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.5

Los resultados de la atención de los pacientes en una organización de atención médica se relacionan directamente con el desempeño de cada uno de sus servicios clínicos y no clínicos. Un buen desempeño por área o por servicio requiere un claro liderazgo por parte de una persona calificada. En servicios más grandes, el liderazgo puede estar compartido, en cuyo caso las responsabilidades se definen por escrito.

Elementos Medibles de GLD.5

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio de la organización.
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.

ESTÁNDAR GLD.5.1

Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.5.1

Los servicios clínicos prestados a los pacientes se coordinan e integran dentro de cada área o servicio; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otras áreas y servicios, por ejemplo, el servicio de ginecobstetricia se coordina con el servicio de nutrición y con el de pediatría; con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos.

Elementos Medibles de GLD.5.1

1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.
2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.

ESTÁNDAR GLD.5.2

Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

PROPÓSITO DE GLD.5.2

Los responsables de cada área comunican a los directivos de la organización los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse que el personal, espacio, equipo y demás recursos necesarios sean adecuados y estén disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si bien, los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros

recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de GLD.5.2

1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

ESTÁNDAR GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios.

PROPÓSITO DE GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planeados, así como la capacitación, educación, destrezas, conocimiento y experiencia que deben tener el personal profesional para prestar dichos servicios.

Elementos Medibles de GLD.5.3

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de los requisitos de educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas o área a su cargo.
2. La organización emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.

ESTÁNDAR GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades.

PROPÓSITO DE GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio aseguran que todo el personal de las áreas comprenda sus responsabilidades y establecen acorde a sus funciones la inducción y capacitación para los nuevos trabajadores. La inducción incluye la misión de la organización, la misión del área o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la atención con calidad y seguridad; por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos para la prevención y control de infecciones dentro de la organización y dentro del área o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o rediseñados, el personal recibe la capacitación pertinente.

Elementos Medibles de GLD.5.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.
2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.
3. La inducción del personal de nuevo ingreso incluye aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad acorde a sus funciones y nivel de responsabilidad.

ESTÁNDAR GLD.5.5 **(ESTÁNDAR ESENCIAL)**

Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

☑ PROPÓSITO DE GLD.5.5

Una de las responsabilidades más importantes del encargado de un área o servicio es su participación en las actividades relacionadas con la ejecución del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la organización, y cómo incorporan estas actividades o estrategias del *Plan de Calidad y Seguridad del Paciente*, dentro de su ámbito de competencia.

La implementación del *Plan de Calidad y Seguridad del Paciente* está dirigida por:

a) Los riesgos y problemas relacionados con cada área o servicio según corresponda.
b) La evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, satisfacción del paciente, entre otros.
c) La evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
d) La supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

Los directivos y los responsables de cada área o servicio son responsables de asegurar que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente, incluye todos los servicios prestados.

Elementos Medibles de GLD.5.5

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.
2. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, satisfacción del paciente, entre otros.
3. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
4. Los responsables de cada área o servicio participan en la supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.6

La organización define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

ESTÁNDAR GLD.6.1

El marco de la organización para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

ESTÁNDAR GLD.6.2

El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

PROPÓSITO DE GLD.6 A GLD.6.2

Una organización de atención médica tiene una responsabilidad ética y legal con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades para lo cual crean documentos de orientación para brindar un marco coherente dentro del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.

La organización funciona dentro de este marco para:

- **todo conflicto de intereses;**
- **describir honestamente sus servicios a los pacientes;**
- **ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;**
- **facturar sus servicios con precisión; y**
- **resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.**

El marco de la organización para el manejo ético respalda al personal profesional de la organización y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente, por ejemplo: decisiones relacionadas con donaciones y trasplante de órganos, desacuerdos entre los pacientes y sus familias, y entre pacientes y sus prestadores de atención respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

La organización cuenta con un Comité Hospitalario de Bioética que realiza las siguientes funciones:

a) **Resolver los problemas derivados de la atención médica.**
b) **Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud.**
c) **Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica.**

El Comité se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

La organización cuenta con un Comité de Bioseguridad encargado de determinar y normar al interior de la organización el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de GLD.6

1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos.
2. El Comité Hospitalario de Bioética está conformado según la legislación aplicable vigente y lleva a cabo sus funciones.
3. El Comité Hospitalario de Bioseguridad está conformado según la legislación aplicable vigente y lleva a cabo sus funciones.

Elementos Medibles de GLD.6.1

1. La organización resuelve todo conflicto de interés.
2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. La organización factura sus servicios con precisión.
5. La organización resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

Elementos Medibles de GLD.6.2

1. El marco de la organización para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales,

C.P. 11570, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.

Tel.: (55) 2000-3400 Ext. 59036

www.csg.gob.mx

VER: DGAA.01.10.2018-v8-Ed2018