



**CSG**  
CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

# Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)

Criterios y Estándares  
Anexo A CUNCEEC

## **SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

**EDICIÓN 2023**

*Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria  
de la CCEAM, 20 de julio 2023.*

# **Consejo de Salubridad General**

## **Dirección General de Calidad y Educación en Salud**

# ÍNDICE

Presentación

## CRITERIOS

### Infraestructura Dura

- Instalaciones
- Mobiliario
- Equipamiento
- Instrumental
- Material Consumible
- Elementos medibles

### Infraestructura Blanda

- Recursos Humanos
- Normatividad
- Elementos medibles

### Infraestructura Crítica

- Eficacia y suficiencia del recurso humano
- Áreas Críticas
- Seguridad de las Instalaciones
- Filtración de aire de alta eficiencia y sistema de inyección, extracción y distribución de aire
- Condiciones de la sala de operaciones
- Condiciones de la CEyE
- Autorizaciones sanitarias
- Expediente clínico

### Procesos ligados a Infraestructura

- Red de frío e inmunización
- Programas de prevención y detección
- Servicios Subrogados

## ESTÁNDARES

### Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes

- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)/  
Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes (AESP)

### Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente

- Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)
- Prevención y Control de Infecciones (PCI)
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)
- Competencias y Capacitación del Personal (SQE)

### Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente

- Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS)

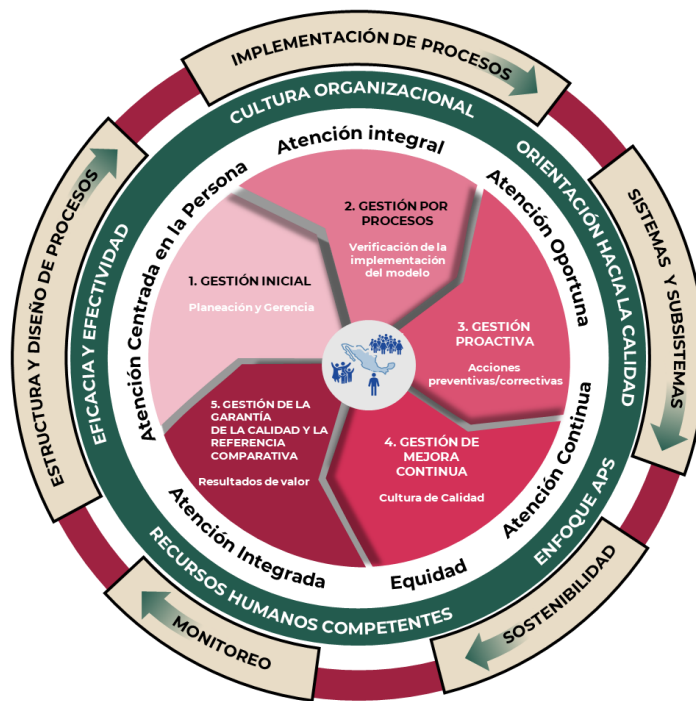
### Atención Centrada en el Paciente

- Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)
- Derechos del Paciente y de su Familia (PFR)
- Evaluación de Pacientes (AOP)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
- Atención de Pacientes (COP)
- Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)
- Educación al Paciente y a su Familia (PFE)

### Gestión de la Organización

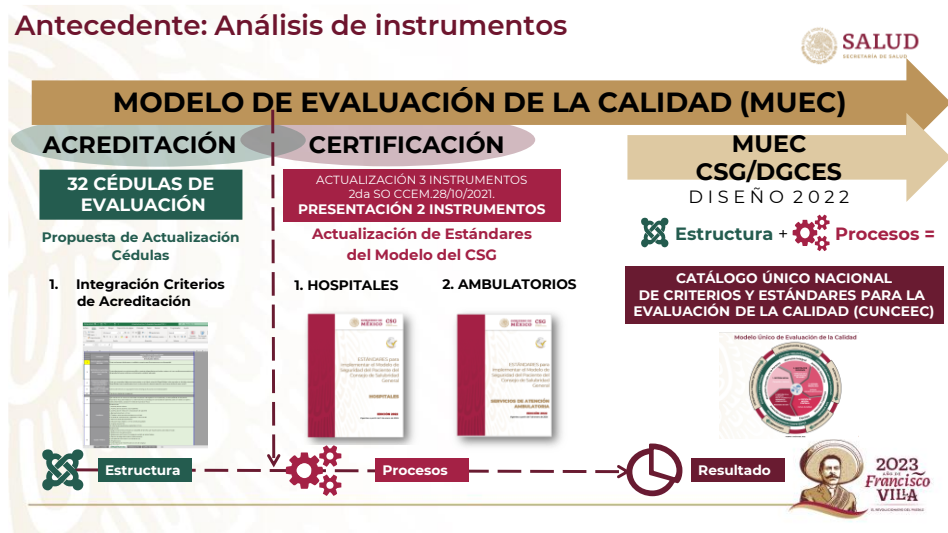
- Gestión de la Comunicación y la Información (MCI)
- Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

# MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD MUEC



FUENTE: CSG/DGCEs, 2022

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad en la Atención Médica (MUEC), se define como la estrategia integral para la evaluación de la calidad en la atención médica, resultado de la sinergia de los procesos de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica y la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que permite verificar el cumplimiento de criterios y estándares en materia de calidad con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua e incremental de la estructura, procesos y resultados en los Establecimientos de Atención Médica (EAM) y en su evolución, dentro de las redes integradas de servicios de salud que establezca cada institución del sector salud a fin de alinearse con la política federal en materia de salud.



Fuente: Diseño propio DGCES y CSG, 2023.

El MUEC a partir de recolectar información, analizar y evaluar, identifica áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención médica que ofrecen los EAM del SNS, con énfasis en la seguridad del paciente, en el marco de la atención integral y centrada en la persona y en la atención primaria a la salud.

MODELO ÚNICO DE  
EVALUACIÓN DE LA  
CALIDAD

**CRITERIOS  
SERVICIOS DE ATENCIÓN  
AMBULATORIA**

## **MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

### **SECCIÓN CRITERIOS**

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad incluye criterios de calidad, capacidad y seguridad que mediante su evaluación permiten determinar el cumplimiento a la normatividad vigente en materia de infraestructura, recursos y procesos, en los servicios de Atención Ambulatoria y Hospitalaria con la finalidad de contribuir al acceso efectivo, al coadyuvar a que el establecimiento de atención médica cuente con lo necesario para el otorgamiento de una atención con calidad, segura y centrada en la persona.

El MUEC tiene un enfoque de sistemas, mediante el cual se ve a la organización como un todo, considerando como parte fundamental el trabajo en equipo, incluyendo el involucramiento y compromiso directivo.

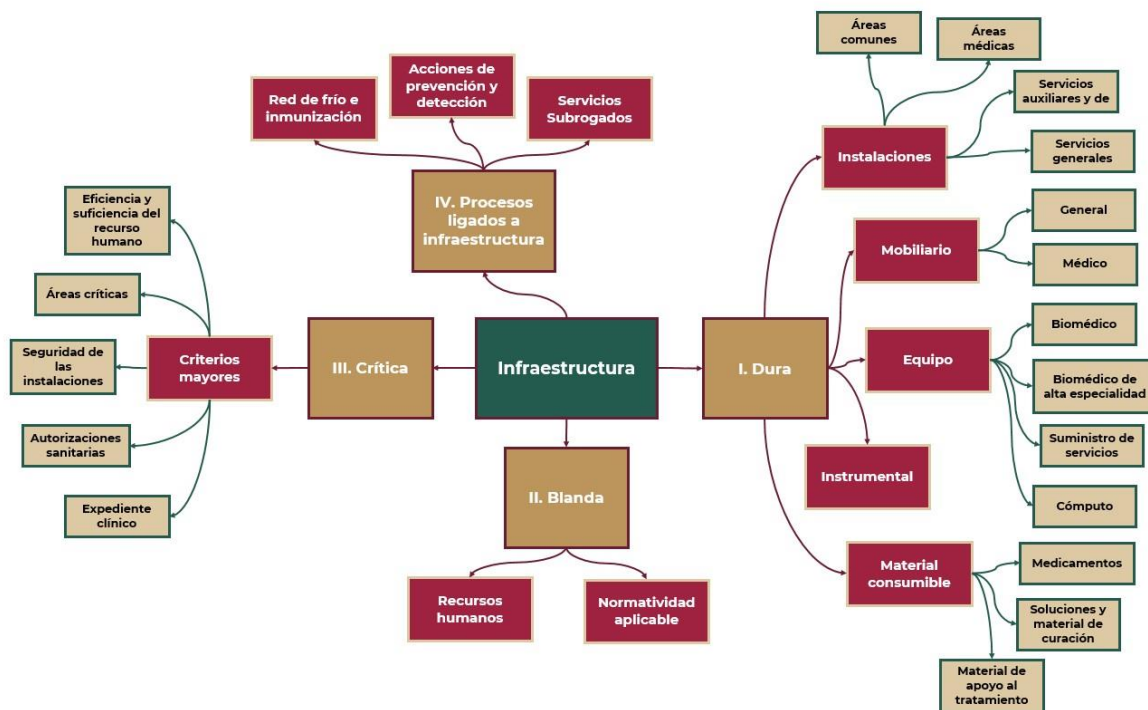
Avanzar hacia el acceso efectivo a los servicios de atención médica con calidad, contribuirá a superar las desigualdades en las condiciones de salud existentes en nuestro país, las que constituyen un serio obstáculo para alcanzar el desarrollo humano y social sostenido al que aspira el pueblo de México.



## Criterios de evaluación del MUEC

Los presentes Criterios describen la metodología que será aplicada a la evaluación de la infraestructura en salud, establecida en el Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares de Evaluación de la Calidad (**CUNCEEC**), durante los procesos de evaluación en las diferentes Fases del MUEC.

### Clasificación de la Infraestructura en Salud



Fuente: Diseño propio DGCEs y CSG, 2023.

- **Infraestructura en salud:** Se comprende como el conjunto de obras y servicios necesarios destinados a la construcción y el mejoramiento de los espacios y la atención de la salud, comprendidos estos servicios como acciones orientadas a prevenir y controlar enfermedades.
- **Infraestructura Dura:** Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.
- **Infraestructura Blanda:** Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experticia, métodos y normativas que optimizan el funcionamiento de la infraestructura dura.
- **Infraestructura Crítica:** Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

Los criterios de evaluación del MUEC se han clasificado de acuerdo a lo anterior, estableciendo una metodología específica para cada apartado de la clasificación.

Para la verificación del cumplimiento de estos criterios de evaluación, se establece la siguiente ponderación:

- **Infraestructura dura:** Se deberán cumplir con los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC de la siguiente forma:
  - Se encuentra en excelentes condiciones de estado de conservación y funcionamiento:
  - Se encuentra en condiciones aceptables de conservación y seguras de funcionamiento.
  - No se encuentra.
  - No aplica.
- **Infraestructura blanda.** Se deberá cumplir con la totalidad de los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC, de acuerdo a lo siguiente:
  - Se cuenta.
  - No se cuenta.
  - No aplica.
- **Infraestructura crítica:** Esta se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda
- **Procesos ligados a Infraestructura:** se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda.

Los **Criterios de evaluación** constituyen una descripción precisa de las características o parámetros que deben cumplir los establecimientos u organizaciones para ser valorados.

Estos criterios se evalúan de acuerdo a la importancia que tienen para el proceso de atención, de acuerdo a lo siguiente:

- **Criterios Menores:** Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.
- **Criterios Mayores:** Elementos medibles de **cumplimiento obligatorio** por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➡ en el documento.
- **Criterios de infraestructura en evaluación documental:** Para dar continuidad al cumplimiento de la infraestructura en las fases de evaluación documental del MUEC que correspondan, será necesario que el EAM adjunte en el aplicativo correspondiente, la evidencia que demuestre que se mantiene vigente el cumplimiento de criterios de infraestructura previamente validados en la visita de evaluación.

El EAM deberá adjuntar en formato PDF la siguiente información:

- Evidencia documental del cumplimiento de los criterios mayores.
- Registro fotográfico de las diferentes áreas del establecimiento, deberán contener la fecha en que se tomaron y no ser mayor a un mes previo a la evaluación
- Copia digital de las bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo de:
  - Instalaciones.
  - Mobiliario.
  - Equipamiento.
- Evidencia de las bitácoras de limpieza de las diferentes áreas del establecimiento.
- Plantilla actualizada del personal adscrito al establecimiento

### **Generalidades:**

Para fines de la evaluación se establece lo siguiente:

- Solo se podrán revisar los Criterios que se encuentran establecidos en el CUNCEEC.
- Se realizará una evaluación física y documental para el análisis integral del cumplimiento de los Criterios.
- Se podrán recabar documentos, fotografías y demás evidencia que sea requerida para la evaluación.
- Todas las bitácoras de limpieza en el establecimiento deberán contener como mínimo:
  - Nombre de la institución.
  - Fecha.
  - Hora de la actividad.
  - Servicio.
  - Proceso de limpieza utilizado.
  - Nombre del personal que realiza las actividades
  - Nombre del personal que supervisa las actividades.
- Todas las bitácoras de mantenimiento deberán contener como mínimo lo siguiente:
  - Nombre de la institución.
  - Fecha de solicitud o programación.
  - Nombre y firma del personal que realiza las actividades.
  - Tipo de actividad.
  - Descripción de las actividades.
  - Nombre del personal que recibe.
  - Firma de conformidad.

## Evaluación de Infraestructura

El proceso de evaluación está diseñado para ser realizado tomando como base **los criterios de evaluación, los cuales se aplican a cada uno de los elementos medibles** correspondientes según su clasificación en los tipos de infraestructura.

Los elementos medibles son la descripción de los requisitos o elementos con los que deben contar los EAM de acuerdo a la normatividad vigente y se encuentran agrupados en los diferentes apartados, de acuerdo a condiciones que comparten como son: el servicio de atención o la intervención médica a la que pertenecen.

Estos elementos se encuentran enlistados después de cada sección de infraestructura en este documento, las organizaciones deberán seleccionar la infraestructura que les aplique de acuerdo a su tipología y servicios con los que cuentan. Además de estar integrados en el CUNCEEC.

La vinculación se realiza de la siguiente manera:

Ejemplo:

<b>Área a evaluar :</b> Central de enfermería en todas las áreas		
<b>CRITERIOS Infraestructura Dura</b>	<b>Elemento Medible CUNCEC</b>	<b>Metodología de Evaluación</b>
<b>Instalaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas comunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente.</li> </ul>	<p>Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.</li> <li>Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice.</li> <li>Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente.</li> <li>Se debe contar con sistema de inyección de aire acondicionado con filtrado de alta eficiencia en aislados de hospitalización, terapias intensivas y áreas quirúrgicas.</li> <li>Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.</li> <li>Luminarias funcionando</li> <li>Instalaciones de gases medicinales en buenas condiciones.</li> <li>Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.</li> <li>Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.</li> <li>Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal,</li> </ul>

		<p>pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalética colocada según la normatividad.</li> <li>• Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas.</li> <li>• limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.</li> <li>• Que cuente con programa de mantenimiento.</li> </ul>
<p><b>Instalaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliario médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carro para curación.</li> <li>• Mesa mayo con charola.</li> <li>• Mesa Pasteur.</li> <li>• Portavenoclisis rodable.</li> <li>• Caja para desinfección de instrumentos.</li> <li>• Carro porta lebrillos.</li> <li>• Tarja para lavado de instrumental, Insumos para el lavado de este.</li> </ul>	<p>Se verificará que se cuente con el mobiliario, esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.</li> <li>• Que pertenezca al área</li> <li>• Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.</li> <li>• Sin zonas de oxidación o deterioro.</li> <li>• Que se encuentre limpio y desinfectado.</li> <li>• Que cuente con programa de mantenimiento.</li> <li>• Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.</li> </ul>
<p><b>Equipamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo biomédico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.</li> <li>• Esfigmomanómetro (pediátrico).</li> <li>• Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma. conectada a cada cubículo o módulo.</li> <li>• Estetoscopio (cápsula pediátrica).</li> <li>• Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto.</li> <li>• Lámpara de haz dirigible.</li> <li>• Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto).</li> <li>• Ventilador mecánico de presión y de volumen.</li> <li>• Equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y</li> </ul>	<p>Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se cuente con el equipo solicitado en el área.</li> <li>• Que pertenezca al área</li> <li>• Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.</li> <li>• Sin deterioro y zonas de oxidación.</li> <li>• Que se encuentre limpio y desinfectado.</li> <li>• Que cuente con programa de mantenimiento.</li> <li>• Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.</li> </ul>

	<p>periférico: catéter percutáneo y venoclisis</p>	
<p><b>Instrumental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinza de traslado.</li> <li>• Torundero con tapa.</li> <li>• Lebrillos.</li> <li>• Equipo para:</li> <li>• Aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, Punción torácica,</li> <li>• Abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis, Recipiente para desinfección de instrumentos.</li> </ul>	<p>Se verificará las condiciones del instrumental en las áreas de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, necesario para realizar las actividades específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se cuente con el instrumental solicitado en el área.</li> <li>• Que pertenezca al área</li> <li>• Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.</li> <li>• Sin deterioro que disminuya o afecte su óptimo funcionamiento</li> <li>• Que se encuentre limpio y sin zonas de oxidación.</li> <li>• Con paquetes de instrumental de acuerdo a la atención del EAM del</li> <li>• De acuerdo a su utilización se encuentre estéril o en su caso desinfectado.</li> <li>• Empaques de instrumental esterilizado se encuentren íntegros.</li> <li>• Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio.</li> <li>• Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM.</li> <li>• Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental.</li> <li>• Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.</li> </ul>
<p><b>Material consumible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento</li> </ul>	<p>Ejemplo Unidad de Cuidados Coronarios  Medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio:</p> <p>-Terapia antiplaquetaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido acetil salicílico, Clopidogrel,</li> </ul> <p>-Terapia antitrombínica: enoxaparina,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heparina no fraccionada</li> </ul> <p>-Terapia anti isquémica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoprolol,</li> <li>• Isosorbide,</li> <li>• Trinitrato de glicerilo, Artovastatina,</li> </ul> <p>-Terapia analgésica: morfina,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrinólisis: tenecteplasa, Estreptoquinasa, Alteplase.</li> </ul>	

# SECCIÓN.1 CRITERIOS

**INFRAESTRUCTURA DURA  
ELEMENTOS MEDIBLES**

## I. Infraestructura Dura: Criterios

### 1. Instalaciones

#### **Propósito de la evaluación:**

La evaluación de las instalaciones está enfocada a verificar el estado de conservación y funcionamiento de las mismas, que permitan la atención con calidad a los usuarios.

#### **1.1 Áreas Comunes.**

Conformadas por las diferentes áreas de acceso común dentro y fuera de las instalaciones como son: salas de espera, baños públicos y de personal, pasillos, comedores, etc.

**Evaluación:** Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento, considerando lo siguiente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras, zonas de humedad o superficies porosas que dificulten la limpieza
- Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal y pacientes en las instalaciones.
- Cumplimiento normativo de las condiciones de infraestructura para personas con discapacidad como las rampas de acceso, barandales, sanitarios y asientos exclusivos en sala de espera.
- Señalética colocada según la normatividad.
- Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas.
- Limpieza de todos los elementos presentes en el área.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

#### **1.2 Áreas Médicas.**

Conformadas por todas aquellas áreas en las que se prestan cuidados y atención médica como son: consultorios de consulta externa, hospitalización, áreas quirúrgicas, terapias intensivas y urgencias.

**Evaluación:** Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice.
- Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente.
- Se debe contar con sistema de inyección de aire acondicionado con filtrado de alta eficiencia en aislados de hospitalización, terapias intensivas y áreas quirúrgicas.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones de gases medicinales en buenas condiciones.
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.



- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal, pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad.
- Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas.
- Limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

### 1.3 Servicios auxiliares y de diagnóstico.

Conformadas por todas aquellas áreas en las que realizan estudios ligados a la atención médica y aquellos en los que se realizan procesos terapéuticos a pacientes como: Laboratorio médico, banco de sangre, Imagenología, patología, radioterapia, quimioterapia, patología, hemodinámica, etc.

**Evaluación:** Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones de gases medicinales y gas en buenas condiciones (de acuerdo al área).
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.
- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal, pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad (especialmente en áreas de Imagenología).
- Equipos de emergencia funcionales y se mantengan despejados para su uso inmediato.
- Limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

### 1.4 Servicios Generales

Conformadas por todas aquellas áreas en las que realizan actividades que le dan soporte para el funcionamiento seguro y oportuno del EAM como lo son: Casa de máquinas, instalaciones de oxígeno medicinal, sistema de suministro de agua y energía, etc.

**Evaluación:** Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando

- Área de central de gases con acceso restringido con condiciones de acceso y señalética de acuerdo a la normatividad.
- Tuberías diferenciadas por color según la normatividad.
- Instalaciones de gas o diésel en buenas condiciones
- Instalaciones sanitarias sin fugas o dañadas con trampas de drenaje en los equipos que lo requieran.
- Instalaciones hidráulicas en buenas condiciones, incluyendo las cisternas y sus componentes.
- Tuberías con señalización de dirección.
- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal.
- Las áreas no deben de ser de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad (central de gases).
- Equipos de emergencia funcionales y se mantengan despejados para su uso inmediato.
- limpieza del área.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

## 2. Mobiliario

### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del mobiliario necesario para realizar las diferentes actividades dentro de EAM.

### 2.1 Mobiliario general.

Conformado por todo el mobiliario en áreas comunes, oficinas, consultorios, áreas médicas, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, talleres, que son utilizados para actividades no médicas como: Sillas, mesas, escritorios, archiveros, botes de basura municipal, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuente con el mobiliario, que esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin zonas de oxidación o deterioro evidente.
- Que se encuentre limpio.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.

### 2.2 Mobiliario Médico.

Conformado por todo el mobiliario en consultorios, áreas médicas, auxiliares de diagnóstico y tratamiento para actividades relacionadas con procesos médicos como: mesa Pasteur, mesa de mayo, Mesa de riñón, mesas de central de enfermeras, carro de paro, mesas para lavado y prelavado de instrumental, resguardo de medicamentos, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuente con el mobiliario, esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.

- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin zonas de oxidación o deterioro.
- Que se encuentre limpio y desinfectado.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.

### 3. Equipamiento

#### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del equipo utilizado y necesario para realizar las diferentes actividades dentro de EAM.

#### 3.1 Equipo biomédico.

Conformado por el equipo utilizado para realizar actividades de baja complejidad relacionadas con procesos médicos como: estuche de diagnóstico, esfigmomanómetro, negatoscopio, estetoscopio, bombas de infusión, nebulizadores, eyectores portátiles, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro y zonas de oxidación.
- Que se encuentre limpio y desinfectado.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

#### 3.2 Equipo Biomédico de Alta Especialidad.

Conformado por el equipo utilizado para realizar actividades de mayor complejidad hasta alta especialidad relacionadas con procesos médicos como: máquina de anestesia, monitor desfibrilador, equipos de laboratorio, endoscopio, tomógrafo, acelerador lineal, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro y zonas de oxidación.
- Que se encuentre limpio y desinfectado de acuerdo a un programa de limpieza autorizado por proveedor o el área biomédica.
- Que cumplan las especificaciones particulares establecidas en el catálogo para ese equipo.
- Pruebas de funcionamiento y control de calidad del equipo.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

### 3.3 Suministro de servicios básicos.

Conformado por el equipo utilizado en las áreas de servicios generales para suministrar al EAM lo necesario para su funcionamiento como: Calderas, central de gases, compresoras, equipos de bombeo, lavadoras, estufas, refrigeradores de alimentos y de R.P.B.I., manejadoras de aire acondicionado, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de suministro de servicios de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Con bajo deterioro y zonas de oxidación.
- Conexiones sin fugas o derrames.
- Que cumplan las especificaciones particulares establecidas en el catálogo para ese equipo.
- Que se encuentren limpios
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

### 3.4 Cómputo.

Conformado por el equipo utilizado en áreas de atención médica o de diagnóstico y tratamiento.

**Evaluación.** Se verificará que el equipo se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro
- Que se encuentre limpio
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.
- 

## 4. Instrumental

### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del instrumental necesario para realizar las diferentes actividades específicas dentro de EAM.

**Evaluación.** Se verificará las condiciones del instrumental en las áreas de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, necesario para realizar las actividades específicas.

- Que se cuente con el instrumental solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro que disminuya o afecte su óptimo funcionamiento
- Que se encuentre limpio y sin zonas de oxidación.
- Con paquetes de instrumental de acuerdo a la atención del EAM del

- De acuerdo a su utilización se encuentre estéril o en su caso desinfectado.
- Empaques de instrumental esterilizado se encuentren íntegros.
- Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio.
- Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM.
- Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.

## 5. Material consumible

### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y caducidad del material necesario para realizar las diferentes actividades específicas dentro de EAM.

### 5.1 Medicamento.

**Evaluación.** Se verificará que se cuenta con el medicamento necesario para la prestación de servicios de atención médica, sistema de abasto competente y condiciones de almacenaje seguras.

- Que se cuente en el EAM con el medicamento declarado en el paso 1 del MUEC.
- Se elegirá una muestra para revisión física del 30% al 40 % del medicamento presente en el EAM de acuerdo al perfil epidemiológico y las principales patologías de atención en la que se revisará.
  - Buenas condiciones físicas del empaque.
  - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
  - Control de las caducidades (semaforización).
  - Sistema de abasto en un periodo de 6 meses previos a la fecha de visita de evaluación, estradas y salidas considerando desperdicio o merma.
  - Cruce del sistema de abasto con la dispensación de medicamento a usuarios.
- Almacenaje que mantenga íntegro al medicamento en las áreas de atención.
- Condiciones en almacén general que asegure la integridad de los medicamentos (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).
- Se tomará como base de evaluación el catálogo de medicamentos establecido por cada entidad federativa, institución o establecimiento debidamente validado por COFAT y/o Comité de Abastos, según el caso.
- Se solicitará listado impreso de los medicamentos presentes en el establecimiento el día de la visita de evaluación, deberán entregarse en tamaño carta, con fecha, nombre, cargo y firma de quien lo entrega, además de integrar la identificación institucional.
- Medicamentos presentes en el establecimiento con menos de una semana de haber sido surtidos y que previo a ese tiempo tengan nulo o escaso movimiento, se considerarán como ausentes.
- El establecimiento puede establecer el procedimiento de semaforización de acuerdo a sus necesidades, este deberá estar respaldado por las autoridades estatales o COFAT, el cual deberá estar debidamente documentado e implementado.
- Pare el primer nivel de atención, los medicamentos para la tuberculosis (antifímicos) y faboterápicos, que se encuentren en otro establecimiento a disposición por solicitud, será revisada su prescripción histórica y/o su proceso de surtimiento en caso de aplicar.

## 5.2 Soluciones y material de curación.

**Evaluación.** Se verificará que se cuenta con lo necesario y sistema de abasto para la prestación de servicios de atención médica.

- Que se cuente en el EAM con las soluciones y material de curación declarados en el paso 1 del MUEC.
- Se realizará revisión física al azar lo siguiente.
  - Buenas condiciones físicas del empaque.
  - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
  - Control de las caducidades (semaforización).
  - Sistema de abasto.
- Almacenaje para mantener la integridad en las áreas de atención.
- Condiciones en el almacén general que asegure la integridad de los materiales de curación. (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).

## 5.3 Material de apoyo para el tratamiento.

Conformado por el material utilizado en las áreas de para realizar actividades de atención médica necesarias en los tratamientos como: Cánulas, mascarillas de oxígeno, extensiones de oxígeno, catéteres, etc.

**Evaluación.** Se verificará que se cuenta con lo necesario y sistema de abasto para la prestación de servicios de atención médica.

- Que se cuente en el EAM con el material de acuerdo a lo declarado en el paso 1 del MUEC.
- Se realizará revisión física de lo siguiente.
  - Buenas condiciones físicas del empaque.
  - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
  - Control de las caducidades (semaforización).
  - Sistema de abasto.
- Almacenaje para mantener la integridad en las áreas de atención.
- Condiciones en el almacén general que asegure la integridad de los materiales (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).

## II. Infraestructura Dura: Elementos Medibles

- **Condiciones generales de infraestructura todas las áreas de atención ambulatoria/hospitalaria:**

- Señalización de emergencia en áreas, de acuerdo a normatividad vigente.
- Facilidades arquitectónicas que permitan el arribo, entrada, salida y traslado seguro en el establecimiento, así como con aquellas circulaciones especiales para el tránsito y permanencia considerando las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores.
- Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente con contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos instalados, diferenciados con un color distintivo o una marca específica, eléctricamente polarizados y aterrizados, sin uso de extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto. ➔

### **Sala de espera en todas las áreas.**

- Contar con área para sala de espera, con mobiliario y espacios específicos para personas con discapacidad.

### **Sanitarios de pacientes y personal en todas las áreas.**

- Contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes independientes para hombres y mujeres, así como condiciones para pacientes con discapacidad en buenas condiciones y con iluminación y ventilación adecuadas.

### **Módulo de lavado de manos.**

- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.

### **Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.).**

- Contenedores rígidos para punzocortantes con el símbolo universal de Riesgo Biológico en áreas generadoras.
- Botes de basura con bolsas marcadas con el símbolo universal de Riesgo Biológico (roja y/o amarilla según el caso) en áreas generadoras.
- Ruta de recolección.

### **Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios.**

- Existencia de extintores en todas las áreas con carga vigente en áreas estratégicas de acuerdo a la normatividad vigente.

- **Central de enfermeras en todas las áreas de atención.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➔
- Carro para curación.
- Mesa mayo con charola.
- mesa Pasteur.
- Portavenoclisis rodable.
- Caja de Doayan.
- Equipo de curaciones.
- Caja para desinfección de instrumentos.

- Carro porta lebrillos.
  - Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.
  - Esfigmomanómetro (adulto y/o pediátrico).
  - Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma conectada a cada cubículo o módulo.
  - Estetoscopio (cápsula pediátrica en su caso).
  - Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto.
  - Lámpara de haz dirijible.
  - Pinza de traslado.
  - Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto).
  - Torundero con tapa.
  - Lebrillos.
  - Mesa alta con tarja.
  - Mesa Pasteur.
  - Mostrador escritorio.
  - Sistema porta expedientes.
  - Tarja para lavado de instrumental, insumos para el lavado de este.
  - Anaquel o vitrina para guarda de medicamentos.
- **Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología**
    - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
    - Tarja.
    - Mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.
    - Área de lavado con agua corriente, tarja y área de secado.
    - Recipientes para recolección de excretas.
    - Recipiente para recolección de ropa de cama y de pacientes en área de hospitalización.
    - Ubicados cercanos a las áreas.
    - Accesible pero fuera del área de recuperación pos anestésica.
- **Cuarto de aseo para todas las áreas.**
    - Se encuentra cercano al área de atención y cuenta con:
      - Área de lavado de lavado de instrumentos de aseo.
      - Agua corriente.
      - Área de secado.
      - Tarja o equivalente.
- **Consulta Externa.**

**Condiciones generales.**

    - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

**Consultorio/s Médico.**



- Que cuente con al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con el paciente y su acompañante, la otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente, contar con módulo de higiene de manos, ubicado en el área de exploración física.
- Cuando el consultorio no esté ligado físicamente a una unidad hospitalaria, deberá contar con un botiquín de urgencias.

#### **Mobiliario.**

- Asiento para el médico.
- Asiento para el paciente y acompañante.
- Asiento para el médico en la exploración del paciente
- Banqueta de altura o similar.
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal.
- Guarda de medicamentos, materiales o instrumental.
- Mesa universal para exploración.
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable.
- Mueble para escribir.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.

#### **Equipo Médico.**

- Esfigmomanómetro anerode con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
- Estetoscopio de cápsula doble.
- Estetoscopio de Pinard o Fonodetector portátil de latidos fetales.
- Estuche de diagnóstico básico (oftalmoscopio).
- Lámpara de examinación con fuente de luz.
- Negatoscopio.
- Cinta métrica de metal flexible con 2m de longitud.
- Termómetro digital
- Báscula con estadímetro y báscula pesa bebés.
- Glucómetro.

#### **Instrumental.**

- Espejos vaginales chicos, medianos y grandes.
- Mango para bisturí.
- Martillo precursor.
- Pinza de anillos.
- Pinza de disección con dientes y sin dientes.
- Pinza tipo mosquito.
- Pinza para sujetar cuello de la matriz.
- Pinza curva.
- Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas.
- Riñón de al menos 250 ml.
- Tijera recta.
- Torundero con tapa.

**Para los consultorios de especialidad, deberán cumplir con las condiciones del consultorio médico descritas anteriormente, además de los requisitos específicos que se describen a continuación.**

#### **Consultorio de cardiología.**

- Electrocardiógrafo.
- Monitores Holter.
- Ecocardiógrafo.
- Cuento con un área con equipo para pruebas de esfuerzo.

#### **Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva.**

- Mesa con tarja.
- Caja de Doayan.
- Dos recipientes con tapa para soluciones desinfectantes.
- Mango de bisturí.
- Pinzas de Kelly.
- Pinzas mosquito rectas y curvas.
- Tijera de Mayo.
- Tijera para retirar puntos.

#### **Consultorio de dermatología.**

- Cucharillas (curetas) dérmicas de Piffard o de Douglas o su equivalente tecnológico.
- Equipo de fulguración.
- Extractor de comedones con lanceta.
- Lámpara con lupa de tres dioptrías.
- Pinza de depilación.
- Pinza para biopsia.

#### **Consultorio de gineco-obstetricia.**

- Mesa de exploración con piñeras.
- Mesa de trabajo para preparar laminillas.
- Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico.
- Aparato para cauterizar o fulgurador.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Espejos vaginales (tres de cada tamaño).
- Histerómetro.
- Pinza de pozzi.
- Pinza para biopsia de cérvix uterino.
- Pinza para biopsia de endometrio.
- Pinza uterina.
- Pinzas para sujetar cérvix uterino.
- Portacubetas rodable.
- Recipiente hermético para soluciones desinfectantes.
- Tijera de Metzenbaum.

#### **Consultorio de medicina física y de rehabilitación.**

- Cinta métrica.
- Goniómetro.
- Plantoscopio.
- Martillo de reflejos.

### **Consultorio de neumología.**

- Espirómetro o sustituto tecnológico.
- Sistemas instrumentales de tratamiento (cepillo bronquial, pinza de biopsia bronquial o su equivalente tecnológico).

### **Consultorio de neurología y neurocirugía.**

- Carta para medir agudeza visual.
- Compás de Weber.
- Contenedor de olores fuertes.
- Dinamómetro de mano.
- Equipo para cirugía menor.
- Martillo de percusión con aditamentos para la exploración de la sensibilidad cutánea.
- Tubos de ensayo con agua fría y caliente.

### **Consultorio de oftalmología.**

- Mesa para instrumentos oftalmológicos.
- Sillón para paciente, en sustitución de la mesa de exploración.
- Aguja para cuerpos extraños.
- Agujas para lavado de vías lagrimales.
- Armazón de pruebas.
- Blefaróstato.
- Caja de lentes para pruebas.
- Caja de Bard Parker con pinza de traslado.
- Campímetro o su equivalente tecnológico.
- Dilatador de punto lagrimal.
- Exoftalmómetro.
- Foróptero.
- Gubia para cuerpos extraños.
- Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico.
- Juego de espejos para eskinoscopio, planos y cóncavos.
- Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales.
- Keratómetro o eskiascopio o su equivalente tecnológico.
- Lámpara de hendidura.
- Lensómetro.
- Lupa anaesférica de 20 dioptrías.
- Mango de bisturí o su equivalente tecnológico.
- Ocluser.
- Oftalmoscopio directo/ Indirecto o su equivalente tecnológico.
- Pinza conjuntiva recta.
- Pinza curva de iris, sin dientes.
- Pinza para fijación.
- Pinzas para pestañas.
- Pinza para chalazión.
- Prisma para medir forias.
- Recipiente hermético para desinfectantes (en su caso esterilizador).
- Retinoscopio.
- Separadores de desmarres.

- Tijera para retirar puntos.
- Tijera de iris.
- Tonómetro.

#### **Consultorio de otorrinolaringología.**

- Sillón de exploración en otorrinolaringología, con movimiento circular y posibilidad para variar altura e inclinación.
- Adaptador fenestrado para los aspiradores de oído (Guilford-Wright).
- Aplicador de Lambury.
- Aplicador metálico de punta triangular o estriada tipo Lathbury o Brown.
- Asa Billeau.
- Cánula vanalyea, con punta roma, calibre 15 ga (1.8 mm).
- Cucharilla o asa para cerumen.
- Cuchillo angulado de paracentesis o miringotomía.
- Esterilizador.
- Jeringa metálica para lavado de oído.
- Juego de aspiradores de oído números: 16 G, 18 G y 20 G.
- Juego de espejos laríngeos número: 2, 4, 6 y 8.
- Juego de tres diapasones 256, 512 y 1024 tipo Hartman.
- Lámpara de alcohol.
- Lámpara frontal o espejo frontal, en este caso es necesario contar con una lámpara con haz dirigitible.
- Mango universal para espejo laríngeo.
- Mechero.
- Microscopio de pedestal o de pared, con iluminación halógena con doble lámpara, ajuste de dioptrías en oculares gran angular de 12.5x con objetivo de 200 mm.
- OtoposcoPIO con lente de aumento 2x con su juego de conos óticos.
- Pera politzer.
- Pinza de Hartman copa de 0.6 mm, 13.5 cm de longitud.
- Pinza para biopsia.
- Rinoscopio adulto.
- Rinoscopio infantil.
- Riñón metálico.
- Transiluminador.
- Unidad de otorrinolaringología con motor para aspiración y aspersion equipada con nebulizador y frasco para lavado de oídos.

#### **Consultorio de ortopedia y traumatología.**

- Mesa de trabajo con doble tarja y trampa de yeso.
- Martillo percusor grande para reflejos.
- Pinza de disección con dientes.
- Pinza de disección sin dientes.
- Pinza de Rochester.
- Pinza para yeso.
- Plantoscopio.
- Sierra de Stryker.
- Sistema de somatometría.
- Tijera de botón.

- Tijera de caimán.
- Tijera de presión.
- Tijera para retirar puntos.

#### **Consultorio de pediatría.**

- Báscula pesabebés.
- Esfigmomanómetro con brazalete para infantes y escolares.
- Infantómetro (puede ser parte de la mesa de exploración).
- Refrigerador de 4.5 pies cúbicos (cuando cuenten con servicio de vacunación).

#### **Consultorio de proctología.**

- Mesa especial de exploración proctológica en sustitución de la mesa de exploración.
- Caja de Doayan.
- Caja para desinfección de instrumentos.
- Equipo de curaciones.
- Equipo de endoscopia.
- Unidad electroquirúrgica.

#### **Consultorio de psiquiatría.**

- Diván o sillón.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.

#### **Consultorio de urología.**

- Carro de curaciones.
- Caja de instrumentos con tapa.
- Cistoureteroscopia mínimo con dos camisas 20 y 22 Fr. con sus aditamentos de fuente de poder y cables.
- Densímetro para orina o su equivalente tecnológico.
- Juego de candelillas.
- Juego de dilatadores uretrales.
- Juego de muletillas.
- Mango de bisturí.
- Pinza de disección con dientes.
- Pinza de disección sin dientes.
- Pinza de Kelly.
- Pinza Forester recta.
- Recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras.
- Sondas de tres vías.
- Sondas uretrales con globo.
- Tijera de Mayo.
- Tijera para retirar puntos.
- Riñón.
- Torundero.
- Mesa para procedimientos de proctología/urología opcional.
- Unidad de endoscopia para urología (monitor, control de cámara, cámara, videograbadora) opcional.

## **Consultorios de áreas paramédicas.**

### **Consultorio de Psicología.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Espacio suficiente y adecuado para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica.
- Asiento para el psicólogo.
- Asiento para el paciente y su acompañante.
- Asientos para pacientes en grupo.
- Guarda de material y papelería.
- Mueble para escribir.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.

### **Consultorio o áreas de Trabajo Social.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Espacio y mobiliario suficiente para la entrevista con el paciente.

### **Consultorio de Estomatología.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad, así como para la preparación y esterilización de materiales.
- Área para entrevistas
- Asiento para odontólogo.
- Asiento para pacientes y acompañantes.
- Cubeta o cesto con bolsa para basura municipal.
- Mueble para guarda de materiales, instrumental o equipo.
- Mesa con tarja.
- Mueble para escribir.
- Mueble con cajonera.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.
- Autoclave de vapor autogenerado.
- Compresora de aire libre de aceite para unidad dental, con arranque y paro automático, aditamento para purga de condensados y filtros de aire.
- Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable.
- Mandil plomado.
- Unidad dental con: charola porta-instrumentos, lámpara, sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y jeringa triple, separador o trampa de amalgama.
- Unidad de Rx dental, negatoscopio y sistema de revelado.
- Alveolotomo, pinza gubia.
- Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml.
- Arco de Young para dique de hule.
- Contrángulo.

- Cucharilla para cirugía.
- Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (cureta c k6).
- Dosificador amalgamador.
- Elevador recto acanalado, con mango metálico.
- Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña.
- Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto.
- Espátula de doble extremo.
- Espejo dental con mango de rosca estándar.
- Excavador white.
- Explorador de una pieza con doble extremo.
- Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador.
- Grapas variadas para dique de hule.
- Jeringa Carpulle.
- Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval.
- Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador.
- Pieza de mano de alta velocidad esterilizable.
- Pieza de mano de baja velocidad esterilizable.
- Pinzas portagrapas.
- Pinza perforadora Ainsworth.
- Pinza para curaciones modelo collage.
- Porta amalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo.
- Portavasos para escupidera.
- Recortador de amalgama.
- Tijeras para encías curvas con hojas cortas, modelo Quimby.
- Tira puente Miller.
- Torundero con tapa.
- Floruro de Sodio.
- Eyectores para saliva.
- Gasas estériles.
- Material de sutura.
- Algodón.
- Lidocaína con epinefrina, solución inyectable 2%.
- Sellador de fosetas y fisuras dentales.
- Resina fotocurable para restauración/Aleación para amalgama dental.
- Agujas dentales.
- Lidocaína gel.
- Ionómero de vidrio.
- Radiografías dentales y líquidos reveladores.
- Anteojos o careta, bata de manga larga y de preferencia con el puño elástico adaptado a la muñeca y sin bolsillos, cerrada hasta el cuello y preferentemente de color blanco o colores claros que permitan ver con facilidad cuando se han contaminado, una mascarilla quirúrgica nueva y desechable y un par de guantes nuevos (para atender a cada paciente y para todo procedimiento clínico).

- Cubiertas, baberos o campos quirúrgicos desechables, así como anteojos de protección contra impactos o especiales en los procedimientos de fotopolimerización (para la protección del paciente).
- Guantes clínicos nuevos y desechables, de látex, vinil o nitrilo, no estériles para operatoria y estériles para cirugía.
- Mandil protector para tomar radiografías, con material desechable nuevo.
- Material para esterilización y desinfección.
- Papel grado médico.
- Detergentes enzimáticos multiusos (bactericida, viricida y/o fungicida).

**Para los consultorios de odontología de especialidad, deberán cumplir con las condiciones del consultorio de odontología descritas anteriormente, además de los requisitos específicos que se describen a continuación.**

#### **Consultorios de Endodoncia.**

- Atacadores.
- Espaciador para conductos D11.
- Explorador endodóntico DG-16.
- Lámpara de fotocurado
- Limas diferentes tipos y medidas.
- Pinzas de corte distal.
- Recortador de Gutapercha.
- Regla de anillo metálica para conductometría.

#### **Consultorio de Parodencia.**

- Sonda periodontal Goldman Fox.
- Mango de bisturí.
- Excavador E2.

#### **Consultorio de Ortodoncia.**

- Arcos nitinol.
- Empujador de bandas metálicas.
- Estrella posicionadora de bandas.
- Lápiz ligador.
- Lima para bandas.
- Luks MA 57.
- Luks para sellar 1, 2 y 3.
- Pinza “how” curva.
- Pinza “how” recta.
- Pinza de la rosa.
- Pinza para abombar.
- Pinza para hacer banda derecha.
- Pinza para hacer banda izquierda.
- Pinza pico de pájaro corta.
- Pinza pico de pájaro larga.
- Pinza tres picos.
- Pinzas de corte alambre ligero.
- Pinzas de corte alambre pesado.



- Pinzas de mosco.
- Pucher.
- Soplete dental para soldar.

#### **Consultorio de Odontopediatría.**

- Abrebocas.
- Pinza para abombar coronas.

#### **Consultorio de Cirugía maxilofacial.**

- Lápiz ligador.
- Porta agujas.
- Mango para bisturí.
- Retractor gingival.

### **Medicina preventiva.**

#### **Consultorio de Medicina Preventiva.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Infraestructura física y equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar

#### **Área de hidratación oral.**

- Mesa.
- jarra, taza y cucharas (excepto aluminio).

#### **Inmunizaciones.**

- Contar con refrigerador exclusivo para la conservación de biológicos (Refrigerador de 10 a 18 pies cúbicos de una sola puerta), con la ubicación de los mismos y especificaciones de acuerdo a la normatividad vigente.
- Termograficador para el control de temperatura y gráfica de registro o equivalente.
- Termómetro de vástago con sensor de 14 cm de largo, el cual deberá estar calibrado y contar con llave calibradora integrada.
- Termómetro lineal.
- Charolas y/o anaquel perforada.
- Existencia de al menos 2 termos de nueve litros para el proceso de vacunación con existencia de vasos contenedores.

#### **Área de Curaciones.**

- Equipos de curaciones.
- Charola.
- Pinza de traslado.
- Portaguja.
- Pinza de disección sin dientes de 10 o 12 o 18 cm.
- Pinza de Kocher de 1x2 dientes de 13 cm.
- Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm.
- Tijera de mayo recta de 14.5 cm.
- Lidocaína simple.
- Sutura (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).
- Jeringa de 1, 3, 5 y 10 ml. Con agujas.

- Antisépticos locales, jabón, agua estéril, solución fisiológica, iodopovidona del 0.5 al 10% y alcohol al 70%.
- Gasas y apósitos estériles.
- Guantes estériles desechables.

#### **Central de Esterilización.**

- Equipo de esterilización de acuerdo a las necesidades del establecimiento e insumos: Bolsas de papel grado médico y cinta testigo.

### **Urgencias**

#### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Central de enfermería.**

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Cuarto séptico.**

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Cuarto de aseo.**

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Área de Hidratación.**

- Asiento acojinado.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Mesa de trabajo con tarja.
- Mesa tipo Karam con colchoneta.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.
- Báscula pesa bebé.
- Dosificador de oxígeno con humidificador.
- Esfigmomanómetro con brazaletes pediátrico.
- Estetoscopio.

#### **Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención.**

- Cuenta con espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas y obstétricas (triage).
- Escritorio para el médico.
- Asiento para el paciente.
- Elemento divisorio de material antibacteriano
- Mesa de exploración universal.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).

- Esfigmomanómetro aneroide portátil con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales.
- Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio con pilas de repuesto.
- Lámpara de examinación con haz de luz dirijible.
- Glucómetro.
- Plicómetro para valoración nutricional.
- Negatoscopio.
- Cinta métrica ahulada.
- Termómetro digital.
- Báscula con estadímetro, en su caso báscula pesa bebé.
- Bote para RPBI (bolsa roja).

#### **Área de Observación Cubículos.**

- Toma fija de oxígeno por cama.
- Toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
- Toma fija de aspiración controlada o mediante equipos portátiles.
- Dosificador de oxígeno con humidificador.
- Termómetro digital con pilas de repuesto.
- Cama-camilla con barandales.
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Portavenoclisis rodable.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Requerimientos adicionales en Central de enfermeras:
  - Collarines cervicales semirrígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza."
  - Electrocardiógrafo de un canal.
  - Incubadora de traslado.
  - Incubadora para cuidados generales.
  - Refrigerador.

#### **Sala o área de curaciones.**

- Mueble para guarda de equipo e insumos
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro para curaciones.
- Carro para ropa sucia.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Mesa alta con tarja y trampa para yesos (cuando se utilicen vendas con yeso).
- Mesa de exploración universal.

- Mesa Pasteur.
- Mesa rígida.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara de haz dirijible.
- Negatoscopio.
- Sierra para yeso o en su defecto cizalla y gubia.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Estuche de disección o equipo de sutura o de cirugía menor.

### **Unidad Quirúrgica.**

#### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Central de enfermería.**

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Cuarto séptico.**

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Cuarto de aseo.**

- Cuarto de aseo de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

#### **Transferencia de pacientes y Vestidores de personal. ➡**

- Existencia de un área de transferencia para pacientes. ➡
- Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación de acuerdo a la normatividad vigente. ➡
- Existencia de vestidores para el personal del área de la salud por género, con acceso hacia el área quirúrgica con circulación restringida y delimitada (acceso controlado). ➡

#### **Pasillo de circulación blanca.**

- Lavabo o tarja para asepsia pre quirúrgica de las manos (lavado quirúrgico). ➡
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo),
- Cepillera para uso quirúrgico,
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico,
- Que cuente con una ventanilla de comunicación desde el pasillo de circulación blanca hacia la C.E.y E. ➡

#### **Área blanca sala de operaciones.**

- Paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros y que cuenten con curvas sanitarias. ➡
- Ventilación artificial con instalación que permita que el aire sea inyectado por la parte superior de la sala y extraído en la parte inferior, de tal manera que no permita la recirculación de aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. ➡
- Puertas de doble abatimiento y con mirillas. ➡
- Piso resistente al agua, no conductor de corriente. ➡
- Instalaciones fijas de oxígeno y aire (gases medicinales). ➡

- Dispositivos para aspiración de líquidos y secreciones, de succión regulable, éstos podrán ser fijos o portátiles.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- brazo giratorio (en su caso)
- Cubeta de acero inoxidable 12 litros.
- Mesa carro anesthesiólogo (en su caso).
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Porta cubeta rodable.
- Porta lebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Lámpara doble para cirugía.
- Negatoscopio.
- Reloj para sala de operaciones con segundero.
- Unidad electroquirúrgica.
- Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con:
  - Un vaporizador.
  - Gabinete con ruedas, dos con freno.
  - Un cajón.
  - Mesa de trabajo con iluminación.
  - Repisa para monitores (en su caso).
  - Yugos para cilindros de O<sub>2</sub> y N<sub>2</sub>O.
  - Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
  - Contactos eléctricos.
  - Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado.
  - Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.
  - Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO<sub>2</sub>, con alarma audible y visible.
  - Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente.
  - Circuito de reinhalación con sistema canister.
  - Monitor de signos vitales con despliegue de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.
  - Equipo móvil de rayos X.

#### **Insumos para pacientes adulto.**

- Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros, "
- Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C,
- Hojas de laringoscopia (juego) 3-4 rectas,
- Hojas de laringoscopia (juego) 3-4 curvas,
- Mango de laringoscopia,

- Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0),
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos,
- Hoja articulada curva,
- Resucitador manual adulto,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera,
- Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.),
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto,
- Cánulas orofaríngeas (juego con números del 5 al 9),
- Estetoscopio esofágico adulto,
- Pinza de Magill adulto,
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable,
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.

#### **Insumos para pacientes pediátrico.**

- Bolsa de reinhalación 0.5 l, 1.0l, 1.5l,
- Circuito de reinhalación tipo Bain corto,
- Hojas de laringoscopio (juego) 00 - 2 rectas,
- Hojas de laringoscopio (juego) 0 - 2 curvas,
- Mango de laringoscopio,
- Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0,
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos,
- Resucitador manual pediátrico,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente,
- Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.),
- Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.),
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas,
- Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 5),
- Estetoscopio esofágico pediátrico,
- Pinza de Magill pediátrica.

#### **Insumos para paciente neonatal.**

- Resucitador manual neonatal,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente neonatal.

#### **Área gris. Área de recuperación post-anestésica.**

- Área específica para el estacionamiento de camillas contigua a la zona de transferencia.
- Carro camilla tipo transfer.
- Ventilación artificial.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables.

- Mesa alta con doble fregadero central y bote para RPBI (bolsa roja) para el prelavado de instrumental.
- Locales para la guarda de equipo de utilización intermitente, ropa, insumos y medicamentos.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo de recuperación debe contar con:
  - Carro camilla para recuperación (un módulo por sala de operaciones como mínimo)."
  - Elemento divisorio de material antibacteriano.
  - Riel portavenocllisis.
  - Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
  - Tomas de oxígeno.
  - Toma de aire comprimido.
  - Equipo para aspiración controlada.

**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico.**

- Mascarilla válvula balón para presión positiva.
- Fuente portátil de oxígeno.
- Monitor de traslado.
- Sistema de ventilación.
- Camilla con barandales de traslado de paciente.

**Tocología.**

**Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

**Central de enfermería.**

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

**Cuarto séptico.**

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

**Cuarto de aseo.**

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito

**Valoración Obstétrica- Preparación.**

- Área con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía y módulo de aseo de manos.
- Banqueta de altura.
- Camilla.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa Pasteur.
- Baño anexo con regadera.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

- Caja roja obstétrica con los siguientes medicamentos:
  - Sulfato de magnesio, sol. Iny. De 1g./10 ml (20 frascos ampula)."
  - Bicarbonato de sodio, sol. Iny. De 10 ml 7.5% (10 frascos ampula).
  - Furosemida, sol. Iny de 20 mg/2 ml (5 frascos ampulas).
  - Gluconato de calcio, sol. Iny.10 ml (10 frascos ampula).
  - Nifedipino cápsulas de gelatina blanda de 10 mg (1 caja o 20 cápsulas).
  - Dexametasona, sol. Iny. De 8 mg/2 ml (2 frascos ampula)
  - Hidralazina, sol. Iny. De 20 mg/ml (5 frascos ampula).
  - Fenitoína, sol. Iny. De 250 mg/5 ml (4 frascos ampula).

#### **Labor.**

- Espacio tributario suficiente para las actividades realizadas que permitan el fácil traslado de camillas a la sala de expulsión.
- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar ruidos cardíofetales).
- Cardiotocógrafo.
- Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio con pilas y focos de repuesto.
- Lámpara de haz dirijible.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros con porta cubeta rodable.
- Carpeta porta expedientes.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo cuenta con:
  - Toma de oxígeno.
  - Elementos divisorios de material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza.
  - Banqueta de altura.
  - Cama- camilla para trabajo de parto.
  - Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto.
  - Riel Portavenoclisis.

#### **Expulsión.**

- Equipo básico para anestesia con las siguientes características:
  - Circuito anestésico.
  - Oxímetro de pulso.
  - Aspirador de pared o portátil para secreciones.
  - Bolsa de reinhalación.
  - Monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva.
  - Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
  - Mango de laringoscopio.
  - Mascarillas de anestesia transparentes.
  - Monitor para electrocardiografía continua.
  - Tanque de oxígeno o fuente central.
  - Ventilador transoperatorio mecánico para adulto y para niño.
  - Termómetro digital.
  - Tubos endotraqueales con balón.



- Guía flexible para sondas endotraqueales adulto.
- Cánulas oro faríngeas.
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo.
- Lámpara de haz dirigitible.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Aspirador portátil para succión regulable.
- Instalaciones fijas para el suministro de oxígeno y aspiración controlada.
- Asiento y asiento con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para RPBI (bolsa roja)
- Mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa para atención obstétrica.
- Mesa Pasteur.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa carro anestesiólogo.
- Reloj con segundero.
- Báscula pesa bebés.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Recipiente cerrado para desinfección de material usado.
- Módulo de lavado de médicos obstetras contiguo a la sala de expulsión.

#### **Recuperación obstétrica.**

- Cubículo con cama camilla y elemento divisorio de material antibacteriano con espacio tributario suficiente para la circulación de personal.
- Instalaciones para suministrar oxígeno y realizar aspiración controlada.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Riel portavenoclisis.

#### **Área para la atención de la persona recién nacida.**

- Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida.
- Sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y fluxómetro integrado.
- Mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Báscula pesabebés.
- kits desechables para el pinzamiento del cordón umbilical.
- Compresa o toalla estéril.
- Campo seco estéril.
- Brazaletes de identificación
- Vitamina K ampolla.
- Cloranfenicol solución oftálmica.
- Fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.
- Equipo para reanimación neonatal:

- Equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F., sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio)."
- Equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscaras tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras).
- Equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm.,
- Estilete (opcional).
- Tijeras.
- Cinta adhesiva.
- Medicación (adrenalina ampola, solución fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml.).
- Cateterización umbilical (guantes estériles, bisturí o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja).
- Varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas oro faríngeas, monitor cardíaco y/o oxímetro de pulso (opcional)).

### **Central de Esterilización y Equipos (C.E. y E.).**

#### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Requisitos generales.**

- Control de acceso (filtro de acceso).
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Bote para basura municipal.
- Áreas de: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización. ➡
- Ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca. ➡
- Por lo menos con una ventanilla de comunicación a la circulación negra.
- Al menos con una autoclave. ➡
- Anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas de acuerdo a sus necesidades. ➡
- Que cuente con ventilación artificial.

### **Laboratorio clínico.**

#### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Sala de espera.**

- Sala de espera de acuerdo a lo arriba mencionado y a normatividad vigente.

#### **Recepción.**

- Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.

#### **Condiciones generales.**

- Circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.
- Cuento con almacén para guarda de sustancias, materiales y reactivos.

#### **Toma de Muestras.**

- Asiento con respaldo para el paciente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Repisa descansa brazo o mesa con cojín.
- Torundero con tapa.

#### **Toma de Muestras Ginecológicas.**

- Vestidor.
- Ropa para pacientes.
- Banqueta de altura.
- Espejo Graves varias medidas.
- Lámpara con haz dirigible.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa Pasteur o su equivalente.

#### **Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación.**

- Autoclave.
- Canastilla para transportar material de acuerdo con el tipo de material de que se trate.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Mueble para guarda de materiales.
- Equipo o instrumentos esterilizados.
- Mesa de trabajo.
- Repisas.
- Tarja.

#### **Equipo para Contingencias.**

- Dispositivos para el lavado de manos y cara, en particular para los ojos en situaciones de emergencia.

#### **Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea.**

- Banco o silla apropiados para el técnico y actividad que ejecuta.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados.
- Mesa de trabajo con o sin respaldo.
- Equipo básico o su equivalente tecnológico.
- Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija.
- Gradillas.
- Refrigerador con termómetro para control de la temperatura.
- Equipo para biometría hemática y coagulación o su equivalente tecnológico.
- Agitador de pipetas de Toma.

- Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 milímetro de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 milímetros de grosor uniforme especial para dicha cámara.
- Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 revoluciones por minuto.
- Centrífuga de mesa para micro hematocrito, para tubos capilares en posición horizontal con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 revoluciones por minuto.
- Coagulómetro.
- Contador de células.
- Lector de micro hematocrito.
- Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimientos en cruz, iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despolido y transformador variable.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos blancos.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos rojos.
- Pipeta salí.
- Equipo para química sanguínea, serología e inmunología o su equivalente tecnológico.
- Baño de agua sin circulación forzada con termostato.
- Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nanómetros, ancho de ventana de 20 nanómetros.
- Gradilla para tubos de ensaye.
- Marcador de intervalos de tiempo provisto de alarma.
- Pipetas de volumen variable.
- Pipetas volumétricas.
- Equipos automatizados.

#### **Área de Parasitología.**

- Mesa de trabajo.
- Equipo o su equivalente tecnológico de:
- Asa de alambre.
- Centrífuga.
- Mechero de metal inoxidable con quemador de alta temperatura provisto con regulador de llama.
- Soporte.
- Rejilla.

#### **Banco de sangre.**

##### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras: Recepción.**

- Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.
- Asiento con respaldo para el paciente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Repisa descansa brazo o mesa con cojín.

- Torundero con tapa.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Área de refrigeración
- Área de congelación
- Recepción y suministro de productos.

#### **Puesto de Sangrado.**

- Documentación y captura de datos de donadores
- Sala de espera.
- Promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para pacientes por género.
- Consultorios médicos.
- Área de extracción de sangre.
  - Esfigmomanómetro con brazaletes de acuerdo a su principal actividad.
  - Báscula con estadímetro.
  - Estetoscopio biauricular con campana.
  - Estuche de diagnóstico completo.
  - Lámpara de pie rodable.
  - Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
  - Sillón para donador.
  - Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
  - Máquina de aféresis.
  - Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
  - Termómetros digitales.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envío de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.

#### **Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades.**

- Documentación y captura de datos de donadores.
- Sala de espera.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para público por género.
- Consultorios médicos.
- Área de extracción de sangre.
  - Esfigmomanómetro con brazaletes de acuerdo a su principal actividad.
  - Báscula con estadímetro.
  - Estetoscopio biauricular con campana.
  - Estuche de diagnóstico completo.
  - Lámpara de pie rodable.
  - Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
  - Sillón para donador.
  - Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
  - Máquina de aféresis.

- Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
- Termómetros digitales.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envío de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.
- Laboratorio de inmunohematología.

**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente.**

- Sala de espera y promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para público por género.
- Consultorios médicos.
- Extracción de sangre y aféresis.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envío de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.
- Fraccionamiento.
- Cámara de congelación -30°C para cuarentena.
- Cámara de congelación -30°C para liberación.
- Cámara de conservación. -4°C cuarentena.
- Cámara de conservación -4°C liberación.
- Cámara de conservación -4°C.
- Entrega a hospitales.
- Biología molecular.
- Laboratorio de serología.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Oficina de laboratorio.
- Oficina de control de calidad.
- Laboratorio de control de calidad.
- Cámara de conservación -4°C para reactivos e insumos almacén.

**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**

- Agitador de microplacas.
- Baño maría.
- Centrífuga de mesa.
- Centrífuga de lavadora de glóbulos.
- Centrífuga para micro hematocrito.
- Centrífuga universal.
- Congelador muestras.
- Estufa bacteriológica.
- Carro para transporte de muestras.
- Horno para secado de material.
- Agitador Vortex.

- Microscopio de inmunofluorescencia.
- Pipeta multicanal 50 - 300 ul y 50 - 500 ul, pd31:n33 pipetas automáticas 100, 50, 500 y 10 ul, pipetas automáticas volumen variable 2 a 10 ul, 200 a 1000 ul, 40 a 200 ul y 5 a 40 ul.
- Refrigerador para muestras.
- Refrigerador para reactivos.
- Rotor (agitador).
- Analizador automático inmunohematológico (para pruebas cruzadas).
- Analizador hematológico (para biometría hemática).
- Equipo automatizado para serología.
- Incubador.
- Lavador.
- Lector para ELISA.
- Incubadora.
- Centrífuga para técnicas en gel.

#### **Red fría.**

- Refrigeradores.
- Congeladores.
- Cámaras frías.
- Agitadores de plaquetas destinados al almacenamiento de las unidades de sangre y componentes sanguíneos, o bien, los refrigeradores o congeladores de laboratorio para la conservación de reactivos o muestras.

#### **Área de Fraccionamiento.**

- Agitador de plaquetas con incubadora.
- Balanza granataria capacidad 0 a 2,200 gr.
- Baño maría.
- Campana de flujo laminar.
- Centrífuga refrigerada -15°C a -30°C.
- Conector estéril de manguera.
- Extractor de plasma.
- Extractor automatizado de plasma para fraccionar la sangre en sus componentes.
- Sellador eléctrico para tubos de bolsa de sangre.

#### **Control de Calidad.**

- Analizador de pH (potenciómetro).
- Balanza analítica.
- Cronómetro.
- Foto tacómetro.
- Marco de pesas.
- Sistema de filtración purificación de agua.
- Termómetro de mercurio líquido en vidrio para laboratorio.
- Termómetro de alcohol líquido en vidrio para laboratorio.
- Termómetro digital con Termopar.
- Coagulómetro.
- Agregómetro.
- Sistema automático para la detección de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos.

## **Imagenología.**

### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

### **Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste.**

- Equipo de radiodiagnóstico.
- Chasis con rejilla incluida, chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal.
- Soporte de tubo.
- Seriógrafo con intensificador de imagen (para equipo con fluoroscopia).
- Bucky vertical.
- Espesómetro graduado en cm y/o pulgadas.
- Lámpara de haz dirigible (colimador de Haz de Rayos X).
- Mampara de protección con vidrio plomoso.
- Mandiles.
- Collarines.
- Protectores de tiroides.
- Protectores de gónadas.
- Mesa fija horizontal con bucky integrado y porta chasis.
- Portavenoclisis rodable.
- Medios de contraste
- Alacena alta.
- Área de consola de control con ventanilla plomada.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa para carga y descarga de chasis.
- Vestidores y sanitarios para pacientes.
- Área de almacenamiento de película.
- Equipo de protección: cortinillas plomadas, marco plomado alrededor de la pantalla, placas de plástico plomado, mamparas, filtros compensadores.

### **Cuarto de revelado.**

- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa alta para carga y descarga de placas o películas.
- Soporte porta placa de pared.
- Revelado convencional (en su caso).
  - Lámpara de seguridad para cuarto oscuro, con filtros.
  - Revelador de carga automática o manual sistema de secado de radiografías (placas) cuando es revelado manual.
  - Sistema para marcar placas.
  - Tanque de revelado manual.
  - En su caso, sistema de extracción de aire.
- Sistema de revelado digital (en su caso).

### **Interpretación.**

- Asiento.



- Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa escritorio o mobiliario modular para los monitores de la estación de interpretación (en su caso) o para la interpretación de placas radiográficas
- Lámpara de luz intensa.
- Negatoscopio de al menos 1,000 cd/m<sup>2</sup> para estudios de RX convencionales y de al menos 3 MP para el resto de las modalidades.

#### **Área de Mamografía.**

- Equipo de radiodiagnóstico de mama.
- Lámpara de haz dirigible.
- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Vestidor con sanitario.

#### **Área para estudios por Ultrasonografía.**

- Equipo completo de ultrasonido con unidad de registro de imágenes.
- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa de exploración o camilla.
- Vestidor con sanitario.

#### **Protección del POE y pacientes.**

- Mandil con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo cuando cubra solamente el frente del cuerpo, o mandil de al menos 0.25 mm cuando cubra completamente el frente, los costados del tórax y pelvis.
- Guantes de compresión con espesor equivalente a al menos 0.5 mm de plomo, guantes para intervención con espesor equivalente de al menos 0.25 mm de plomo.
- Collarín para protección de tiroides con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo.
- Anteojos para protección del cristalino, con cristales de espesor equivalente de al menos 0.2 mm de plomo.
- Blindaje gonadal.

#### **Farmacia.**

##### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Espacio Físico.**

- Se encuentra en el vestíbulo principal del establecimiento.
- Cuenta con área de mostrador o ventanilla de despacho.
- Cuenta con área de almacén para estiba.
- Área de resguardo específica para conservar los medicamentos caducos.
- Mobiliario y estantería tenga una separación mínima de 20 cm del piso y del techo.
- Termohigrometro con no más de 65% de humedad relativa, a temperatura ambiente (no mayor a 30 °C).

##### **Equipo.**

- Refrigerador exclusivo para el área de farmacia.
- Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.

- Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.

#### **Guarda de Medicamentos Controlados.**

- Mueble con cerradura para guarda de medicamentos controlados, así como para los que requieran refrigeración.
- Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.

### **Enseñanza.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Sanitarios independientes para hombres y mujeres.

#### **Aulas.**

- Aulas para personal en formación.

#### **Biblioheroteca.**

- Que cuente con acervo de resguardo de libros, revistas y tesis de interés para las áreas médica y técnico- administrativa.

#### **Área Administrativa.**

- Que cuente con un área administrativa y recursos materiales, tecnológicos y de infraestructura que permitan llevar a cabo las actividades correspondientes (cuando en el establecimiento se lleven a cabo actividades de investigación para la salud).

### **Inhaloterapia.**

#### **Condiciones generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Área Física.**

- Área de atención para pacientes ambulatorios.
- Área para la limpieza, preparación y acondicionamiento de los equipos que se utilizarán para pacientes ambulatorios u hospitalizados.
- Área para el depósito y guarda de insumos y equipos.

#### **Área de atención.**

- Cubículos individuales de tratamiento (cubículo individual será de 5,00 m<sup>2</sup>).
- Conexiones centrales de oxígeno y gases medicinales, o en su defecto tanques de oxígeno para cada cubículo.

#### **Equipo.**

- Esterilizador.
- Espirómetro o su equivalente tecnológico.
- Inspirómetro.
- Vaporizador humedecido.
- Nebulizador.
- Micronebulizador o su equivalente tecnológico.
- Lavadora de equipo de inhaloterapia.
- Unidad de secado.

- Flujómetro de pared estándar.
- Oxímetro de pulso.
- Percutor electrónico (percutor neonatal).

#### **Mobiliario.**

- Mesa con tarja.
- Sillón reclinable.
- Lavadero de acero inoxidable.
- Mueble con zona baja de almacenamiento y para empotrar lavadero.
- Vitrina para instrumental y material estéril.

### **Servicios generales.**

#### **Casa de máquinas.**

##### **Condiciones Generales.**

- Iluminación y ventilación adecuadas.
- Instalación hidrosanitaria y eléctrica.
- Ruta de evacuación y salidas de emergencia.
- Piso este señalado el área tributaria y seguridad con pintura.
- Drenaje con trampa de grasa.
- Tuberías estén identificadas de acuerdo al código de colores vigentes y tener rotulado la dirección de flujo.
- Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.

##### **Extintores.**

- Extintores colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010, con la fecha de la carga este vigente.

##### **Seguridad.**

- Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores.
- Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.

#### **Central de gases.**

##### **Manifold.**

- Exclusivo para oxígeno y otro en su caso, para óxido nitroso, ubicado al exterior del establecimiento principal.

##### **Condiciones generales.**

- Si existe rampa vehicular que no sea de asfalto ni de materiales inflamables.
- Líneas de distribución para cada uno de los gases, estén tendidas en el exterior del edificio y fijas a los muros (identificarse con etiquetas y rotulación de color verde para oxígeno y con etiquetas y rótulos azules para óxido nitroso) las tuberías deberán contar con rótulos de dirección de flujo de los fluidos.
- Contenedores de gases medicinales cuenten con los señalamientos y colores para su fácil identificación (para el reemplazo o recarga).

##### **Seguridad.**

- Sensores para el monitoreo de la presión de los gases.

- Alarmas ubicadas en la central de gases y otra en un área estratégica de control.

#### **Sistema de energía de emergencia.**

- Planta de emergencia, UPS. ➡

#### **Cisternas.**

##### **Condiciones Generales.**

- Almacenamiento y distribución de agua potable para uso y consumo en las áreas del establecimiento.

#### **Seguridad.**

- Tomas especiales en los servicios que requieran agua, así como en los sistemas de distribución para emergencia.
- Cobertura los requerimientos internos del establecimiento al menos por 24 horas.

#### **Almacén Temporal de RPBI**

##### **Requerimientos.**

- Báscula apropiada para el volumen que genera el establecimiento.
- Contenedores para recipientes de punzocortantes.
- Contenedores para residuos peligrosos biológico- infecciosos (RPBI).
- Sistema de refrigeración o refrigeradores para la conservación de los residuos patológicos humano o animal. (para establecimientos con clasificación mayor a Nivel I)

#### **Lavandería.**

##### **Condiciones Generales.**

- Almacén de recepción
- Almacén de entrega.
- Vestidores para el personal
- Sanitarios y baños con regadera para el personal, diferenciados por sexo.

### **AREAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

#### **Sala de endoscopia.**

##### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Requisitos Generales.**

- Vestidores para el personal del área.
- Vestidores para el paciente.
- En las salas de endoscopia los pisos son lisos, lavables, impermeables, resistentes al uso y con zócalos sanitarios. las paredes lisas, impermeables, lavables e incombustibles, sin molduras y el cielorraso liso.
- Ventilación artificial (inyector y extractor de aire).
- El sistema de recambio total del aire es aproximadamente de 15 por hora a presión - o +. 4.
- El circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.

##### **Área de lavado de Cirujanos.**

- Lavabo de Cirujanos.
- Cepillera para uso quirúrgico.

- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.

#### **Sala de Procedimientos.**

- Existencia de una sala de endoscopia alta y una sala de endoscopia baja.
- Dispositivo de signos vitales.
- Tomas de aire, oxígeno y vacío.
- Aspirador fijo o portátil para succión continua.
- Equipo para anestesia.
- Estetoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Equipo de rayos X y monitor de rayos X.
- Negatoscopio.
- Equipo de anestesia.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Brazo giratorio.
- Cubeta de acero inoxidable.
- Mesa carro anesthesiólogo.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Portacubeta rodable.
- Portalebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa de instrumentos especiales que se pasan a través del endoscopio.
- Sitio de colgado para mangueras.
- Tarja, lámpara doble para cirugía.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Camilla neumática básica (por área de endoscopia en la unidad).
- Anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.
- Circuito anestésico.
- Oxímetro de pulso.
- Aspirador de pared.
- Aspirador portátil para secreciones.
- Bolsa de reinhalación.
- Monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
- Mango de laringoscopio, mascarillas de anestesia transparentes.
- Monitor para electrocardiografía continua.
- Tanque de oxígeno o fuente central.
- Ventilador transoperatorio mecánico para adulto.
- Termómetro clínico oral o rectal.
- Tubos endotraqueales con balón.

- Guía flexible para sondas endo-traqueales adulto.
- Cánulas orofaríngeas.
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo.

#### **Recuperación Post-Anestésica.**

- Área específica para el estacionamiento de camillas.
- Cuenta con ventilación artificial.
- Cuenta con equipo para aspiración controlada.
- Tomas de oxígeno y de aire comprimido.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color. excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro camilla para recuperación.
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Riel portavenocclisis.
- Monitor de signos vitales con ECG. presión arterial por método no invasivo. temperatura y oxímetro.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
- Transfer de camillas.
- Carro camilla tipo transfer.
- Área de prelavado de instrumental con:
  - Bote para RPBI (bolsa roja).
  - Mesa alta con doble fregadero central.
- Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de endoscopia.
- Área de lavado para material e instrumental con agua corriente, tarja y área de secado.

#### **Central de enfermeras. Recuperación Post-Anestésica.**

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

#### **Hemodiálisis.**

##### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Requisitos Generales.**

- Sala de espera cuenta con extintores.
- Acabados que no acumulen polvo, que sean de fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones, superficie de materiales repelentes al agua, en pisos antiderrapante y en las áreas húmedas.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables.
- Bote de basura.

##### **Área de recepción.**

- Contar con un espacio físico para la recepción de pacientes.
- Área para trabajo de médicos.

##### **Central de enfermería.**

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

#### **Mobiliario en el área**

- Asiento
- Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo)
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Báscula para pesar al paciente.
- Silla de ruedas.

#### **Estación de hemodiálisis.**

- Área de por lo menos 1.5 x 2.0 m para cada estación de hemodiálisis.
- Cuenta con cama camilla para el paciente o sillón reclinable de posiciones tipo reposit o cama (ambos con superficie de fácil aseo y que permitan la posición de Trendelenburg).
- Cuenta con otra área o habitación con técnicas de aislamiento para el paciente infectado y un aparato exclusivo para pacientes seropositivos.
- Toma o tanque portátil de oxígeno.
- Aspirador de secreciones.
- Cuenta con máquina/s de hemodiálisis con los registros y alarmas básicas siguientes:
  - Temperatura del dializante.
  - Flujo de sangre.
  - Flujo de dializante.
  - Conductividad o concentración del dializante.
  - Volumen de ultrafiltración.
  - Presión venosa y arterial.
  - Detector de aire y de fuga de sangre.
  - Módulo de bicarbonato.

#### **Planta de tratamiento de agua.**

- Pre-filtros.
- Ablandadores.
- Carbón activado.
- Osmosis inversa.
- Filtro de luz ultravioleta (optativo).

#### **Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis.**

- Bicarbonato en polvo o en solución (para uso no parenteral) grado hemodiálisis."
- Filtro de diálisis de fibra hueca con membrana sintética.
- Semisintética o derivada de celulosa.
- Línea arterio-venosa.
- Solución ácida concentrada para diálisis con o sin potasio y concentración variable de calcio.

#### **Material para curación.**

- Aguja de diferentes calibres para punción de fístula interna y equipo para hemodiálisis temporal.
- Careta o lentes protectores.
- Cubrebocas desechables.

- Delantal o bata de material impermeable.
- Equipo para venoclisis estéril, desechable, sin aguja y normogotero
- Guantes de hule látex (no estériles).

#### **Almacén**

- Que cuente con un espacio físico para el almacén.

#### **Área de prelavado y de tratamiento de agua (opcionalmente, área física para máquina reprocesadora de filtros de diálisis).**

- Que cuente con un área física para prelavado y de tratamiento de agua.

### **Quimioterapia.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Sala de aplicación.**

- Existencia de la señalización.
- Sillones tipo reposet (su número es variable dependiendo la demanda).
- Bombas de Infusión, por lo menos uno por sillón.
- Insumos para la administración de la quimioterapia (infusores, aguja angulada 90°).
- Que cuente con instalaciones para tomas de pared.

#### **Central de enfermeras.**

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

#### **Área para preparación de quimioterapia.**

- Área específica y exclusiva para la preparación de las quimioterapias con: acceso controlado, áreas de recepción, almacenamiento y distribución, área de preparación con instalaciones para Gabinete de Seguridad Biológica Clase II A2 y control de citotóxicos, con motor de extracción y control de aire, temperatura y humedad.
- Iluminación de las áreas que impida el acumulo de polvo y contaminantes en las lámparas.
- Aire filtrado y los sistemas de ventilación y extracción de aire deben estar diseñados de tal forma que no permitan el ingreso y salida de contaminantes.
- Que las superficies interiores de las áreas de preparación cuenten con acabados sanitarios.
- Ductos de ventilación, líneas de energía eléctrica y otros servicios inherentes a las áreas de preparación se encuentren ocultas o fuera de éstas, (su ubicación y diseño debe ser tal, que permita su mantenimiento).
- Si los drenajes están conectados directamente a una coladera o alcantarilla, tengan una trampa o algún dispositivo que evite contaminación.

#### **Área de Curaciones.**

- Carro para curaciones.
- Mesa mayo con charola.
- Mesa Pasteur.
- Portavenoclisis rodable.
- Caja para desinfección de instrumentos.
- Carro porta lebrillos.



#### **Estación de Camillas y Sillas de Ruedas.**

- Existencia de por lo menos dos camillas y dos sillas de ruedas.

#### **Bodega de Material y Curaciones.**

- Existencia de mamparas o closet.

#### **Almacén de Medicamentos.**

- Existencia, acomodo y orden de medicamentos.
- Refrigerador de seis pies con controles de temperatura y avisos de no abrir y para casos de falla eléctrica.

#### **Ropería.**

- Ropería en buenas condiciones.

#### **Cubículo de personal Médico.**

- Escritorio y sillas, mesa de trabajo y computadora.

### **Radioterapia.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Sala de espera.
- Consultorio médico.
- Vestidores para pacientes.

#### **Radioterapia externa o teleterapia.**

- Ubicación sea accesible a la sala de espera.
- Espacio independiente para el control de mando.
- Puertas de acceso con un claro mínimo de 0.90 m y en los pasillos un ancho mínimo de 1.20 m.
- Que el cuarto de tratamiento cuente con las siguientes áreas: un sistema audiovisual, un detector de área permanente, un dispositivo que interrumpa automáticamente la emisión de radiación.
- Consola de control, área de control, área de tratamiento.
- Equipo computarizado (propio o subrogado) para la planeación de los tratamientos.
- Simulador (propio o subrogado).
- Que cuente con dispositivos de posicionamiento e inmovilización, así como con sistemas de bloqueo del haz de radiación para protección de tejido sano u órganos de riesgo.
- Que cuente con acelerador lineal y/o unidad de cobalto 60

#### **Braquiterapia (de alta o baja tasa).**

- Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable.
- Braquiterapia de carga manual: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.

- Que cuente con equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
- Equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).

#### **Planta de emergencia.**

- Circuito eléctrico conectado a la planta de emergencia.
- Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.

#### **POE.**

- Dosímetros personales con una capacidad mínima de detección de 0.1 mSv.
- Dosímetros de anillo (para el personal que maneje fuetnes en braquiterapia manual).

### **Medicina nuclear.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Medicina nuclear.**

- Mobiliario y equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.
- 4. PET-CT (recurrencia local en casos seleccionados).
- Osteo-densitómetro.

#### **Gamagrama.**

- Sala de gammagrafía con una gamma cámara, con doble cabezal, ángulo variable.
- Cuarto caliente con campana de flujo laminar para manipulación de muestras y campana de extracción para manejo de I131.
- Sala de espera de pacientes con aplicación de material radiactivo.
- Cuarto azul para interpretación de los estudios, oficina y sala de juntas.

### **Estudios auxiliares de diagnóstico.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Área de Electroencefalografía.**

- Contar con equipo de Electroencefalograma.

#### **Área de Resonancia magnética.**

- Contar con equipo de Resonancia Magnética.

#### **Área de Potenciales evocados.**

- Contar con Equipo de potenciales auditivos evocados.

#### **Área de Ecocardiógrafo.**

- Contar con Ecocardiógrafo.

#### **Área de Densitometría.**

- Contar con Densitómetro de rayos X o de ultrasonido.

#### **Área de Electrocardiografía.**

- Contar con equipo de Electrocardiógrafo multicanal.

#### **Área de Tomografía.**

- Tomógrafo computarizado.
- Cámara multiformato.
- Lámparas de haz dirigible.
- Portavenoclisis rodable.
- Mandil plomado.
- Sala de control y monitoreo.
- Vestidor con sanitario.
- Área de interpretación y archivo.
- Local para el generador
- Asiento.
- Escritorio.
- Mesa pasteur.

#### **Sala de rayos X simple (fluoroscopia con arco en C).**

- Equipo: chasis con pantalla intensificadora o detector digital plano fijo o portátil o inalámbrico con rejilla incluida o portadetector con rejilla incluida, equipo de radiodiagnóstico, soporte de tubo, tubo de rayos X con foco grueso (1.2 mm o menor) y foco fino (0.6 mm o menor), seriógrafo con intensificador de imagen o con detector digital plano (para equipo con fluoroscopia), bucky vertical, espesómetro graduado en cm y/o pulgadas, lámpara de haz dirigible (colimador de Haz de Rayos X), colimador manual o automático, control automático de exposición, estación de adquisición (para equipos digitales), programas anatómicos o radiografías programadas o APR: 80 o mayor, con panel de control digital que despliegue kV, mA y seg., o mAs, mampara de protección con vidrio plomado, mandiles, collarines, protectores de tiroides, protectores de gónadas, mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis, portavenoclisis rodable.
- Equipo: portavenoclisis rodable para medios de contraste.
- Mobiliario: alacena alta, área de disparador, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), mesa para carga y descarga de chasis, riel portavenoclisis.
- Mobiliario: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), despachador de toallas desechables, dispensador de jabón germicida, gabinete universal, mesa alta con tarja.

#### **Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT).**

- Equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.

#### **Establecimiento de rehabilitación.**

##### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Sala de usos múltiples.**

- Un espacio físico acondicionado.
- Equipo para medios audiovisuales y mobiliario.

##### **Actividades de Rehabilitación.**

- Material didáctico.
- Información escrita.

##### **Enseñanza, capacitación e investigación científica.**

- Área de enseñanza y capacitación.

### **Fisioterapia.**

#### **Unidad de rehabilitación.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡
- Asiento
- Asiento giratorio
- Banqueta de altura
- Barras paralelas
- Colchón para ejercicios terapéuticos
- Colchoneta para gimnasio
- Despachador de toallas desechables
- Elemento divisorio de material antibacteriano
- Espejo para postura
- Gancho
- Mesa de exploración
- Mesa de tratamiento.

#### **Área de hidroterapia.**

- Baño de remolino para miembro superior.
- Baño de remolino para miembro inferior.
- Tina de Hubbard o Tanque terapéutico.
- Banco o silla de altura.
- Mesa de tratamiento.
- Baño, vestidor y regadera para pacientes y personal.

#### **Área de electroterapia.**

- Mesa de tratamiento.
- Baño de parafina.
- Compresas frías y compresero así como compresas químicas
- Diatermia.
- Neuroestimulador o su equivalente tecnológico.
- Rayos infrarrojos o equivalente tecnológico.
- Electromiógrafo.
- Órtesis.
- Equipo de electroestimulación
- Ultrasonido terapéutico con electroestimulador.

#### **Área de mecanoterapia y terapia ocupacional.**

- Barras paralelas.
- Colchón terapéutico.
- Escaleras Terapéuticas.
- Espalderas.
- Espejo móvil para valorar postura.
- Barras Suecas.
- Espejo para postura.
- Mesa de tratamiento.
- Soporte parcial de peso.

- Mesa de estabilidad para niños y adultos.
- Polea doble.
- Timón.
- Escalerilla para hombro.
- Área de entrenamiento para actividades de la vida diaria.
- Material didáctico: rompecabezas de madera, sacos de semillas, materiales de diferentes texturas, papel, tijeras, pegamento, crayones, aros, etc.

#### **Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia).**

- Gel transductor
- Electrodo
- Pelotas terapéuticas
- Cubos
- Kit de rollos
- Kit de cuñas
- Kit de cilindros
- Colchonetas terapéuticas
- Material didáctico.

#### **Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**

- Máquina de tos (Cough assist).
- chaleco vibrador.
- Aspirador de secreciones.
- Oxímetro.
- Entrenador de músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios).
- Bolsa de reanimación con mascarillas pediátricas.
- Ergómetro de manos.

#### **Equipo de electroencefalografía.**

- Electroencefalógrafo 32 canales fijo o portátil con amplificador con brazo de soporte.

#### **Equipo de Potenciales Auditivos Evocados.**

- Equipo para Tamiz Auditivo a través de emisiones otacústicas y potenciales evocados auditivos automatizados.
- Con accesorios: Sonda y repuesto de punta de sonda. Cable o cables porta electrodos para pruebas de potenciales evocados.

### **Cuidados paliativos.**

#### **Condiciones Generales.**

- Área física para otorgar atención paliativa (específica o compartida. Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡)
- Sala de espera propia o compartida y servicios sanitarios diferenciados por género.
- Área de consultorio exista la disponibilidad de un cubículo para valoración y determinación de prioridades de atención, con un sitio cómodo y confortable.
- Acceso directo desde la sala de espera y/o módulo de recepción y control.
- Cuento con un área de interrogatorio (preferentemente con silla, escritorio y sillón (reposit) para evitar barreras entre el médico, el paciente/familiar, que permita privacidad para la evaluación de las personas y facilidad de movimiento de sillas de ruedas, andaderas, bastones, muletas etc.

- Que se disponga de un área de exploración física.
- Que exista una toma fija para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido, así como de aspiración controlada o en su caso por medio de equipos portátiles.

#### **Tecnologías de la Información.**

- línea telefónica para la atención y seguimiento del paciente.
- Redes informáticas que faciliten la posibilidad de compartir información clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.

#### **Generalidades.**

- Área de trabajo de enfermería.
- Cubículo de observación y procedimientos menores, con al menos una camilla o mesa de exploración.

#### **Área para Profesional Multidisciplinario.**

- Área para que el equipo multidisciplinario realice sus actividades

### **INFRAESTRUCTURA REQUERIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN**

A continuación, se establecen los requerimientos de infraestructura que deben de cumplir los diferentes tipos de establecimientos de atención médica además de los generales descritos anteriormente.

#### **Atención primaria básica y especializada**

##### **Unidad médica móvil o equivalente.**

###### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura del vehículo e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

###### **Química seca.**

- Medidor portátil de glucosa.
- Medidor portátil de colesterol y triglicéridos.
- Hemoglobínómetro o hematímetro.
- Equipo portátil para determinación de hemoglobina glucosilada.

###### **Consulta Externa.**

- Instrumental y equipo para la atención del parto en caso de que aplique.
- Equipo de esterilización según sea el caso.

###### **Vehículo.**

- Planta de energía eléctrica.
- Sistema de radiocomunicación.

#### **Atención médica especializada - enfermedades crónicas.**

##### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Consultorio de Nutrición.**

- Cinta antropométrica de fibra de vidrio, Báscula con estadímetro, Plicómetro metálico.
- Cuenta con un área con Cocina Integral con estufa, área de preparación de alimentos y utensilios.

- Refrigerador para alimentos utilizados exclusivamente para los talleres.

#### **Consultorio de Psicología.**

- Área de Talleres / Terapia grupal a pacientes que asisten a la UNEME-EC

#### **Consultorio de Trabajo Social.**

- Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.

#### **Consulta Externa.**

- Existencia y funcionamiento adecuado del Electrocardiógrafo con todos los componentes.
- Existencia, estado y funcionamiento adecuado del equipo de cardio-bioimpedancia y la computadora.

#### **Área para talleres y pláticas informativas a pacientes que asisten a la UNEME-EC.**

- Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.

### **Atención médica especializada - centro de atención primario en adicciones.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Servicio telefónico y de internet.**

- Existencia del servicio telefónico y de internet.

#### **Salón de usos múltiples.**

- Equipo de medios audiovisuales (proyector digital, computadoras, regulador, impresora, bocinas).

#### **Rescate de pacientes.**

- Material para realizar rescate de pacientes: Formato o nota de rescate y acceso a línea telefónica.

#### **Talleres en general.**

- Material para el desarrollo de las actividades.

### **Atención médica especializada - unidad de especialidades médicas para la detección y diagnóstico del cáncer de mama.**

#### **Condiciones Generales.**

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

#### **Centro de Invitación Organizada y seguimiento (CIOS).**

- Cuento con Centro de Invitación Organizada y seguimiento en caso de aplicar.

#### **Mobiliario.**

- Dos mesas de trabajo o escritorios con dos sillas,
- Un cesto de basura metálico
- Un archivero de cuatro gavetas
- Anaqueles.

#### **Equipo.**

- Dos computadoras
- No break para cada equipo
- Línea directa de teléfono con 2 diademas
- Conectividad al sistema RIS/PACS o equivalente.

#### **Sala de espera.**

- Equipo para medios audiovisuales (Pantalla y DVD) en cada sala de espera.
- Existencia de asientos en las salas de detección y evaluación diagnóstica.

#### **Área de detección y Diagnóstico.**

- Mastógrafo digital o analógico con digitalizador de imágenes CR.
- Dispositivo para biopsia estereotáxica.
- juego de cuatro chasis de 18 cm x 24 cm.
- juego de 4 chasis de 24 cm x 30 cm.

#### **Centro de lectura.**

- Existencia de dos estaciones de trabajo cada una con 2 monitores de grado médico de 5 megapíxeles (alta resolución) o con 1 monitor de grado médico de 10 MP.
- Negatoscopio para mastografía, con al menos 3000 candelas por metro cuadrado ( $\text{cd/m}^2$ ) o 10,000 luxes, específico para mastografía.

#### **RIS – PACS o equivalente.**

- Área específica para colocar el Sistema con cableado específico.
- Equipo de no break.
- Aire acondicionado o minisplit. con temperatura entre 18-24°C.

#### **Consultorio médico y de enfermería.**

- Existencia de Ultrasonografía de alta resolución con transductor lineal de 7.5 MHz y más.

#### **Área de acompañamiento emocional.**

- Asiento para la psicóloga o psicólogo.
- Asiento para el paciente y su acompañante.
- Guarda de material y papelería.
- (Opcional) escritorio o mueble para escribir.

#### **Atención en salud mental.**

##### Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➡

##### **Cámara de Gesell (en caso de existencia).**

- Sillas para pacientes y observadores externos
- Mueble para escribir
- Vidrio con una sola vista, del exterior al interior.
- Sistema de intercomunicación.

##### **Sala de Usos Múltiples.**

- Espacio físico acondicionado con equipo para medios audiovisuales y mobiliario.

#### **Atención médica oftalmológica.**

##### Consultorio.



- Oftalmoscopio directo.
- Oftalmoscopio indirecto.
- Estenopéico.
- Lámpara de hendidura.
- Tonómetro.
- Lente de Goldman (tres espejos).
- Retinoscopio.
- Caja de lentes de pruebas.
- Queratómetro.
- Ultrasonido ocular.
- Fotodisruptor oftálmico YAG LÄSER.

#### **Unidad Quirúrgica.**

- Facoemulsificador.

#### **Unidad Quirúrgica Instrumental.**

- Blefaróstato 0.9mm - 15mm
- Mango de bisturí con hojas oftalmológicas (11, 15).
- Tijera para conjuntiva curvas y rectas
- Tijeras para estrabismo curvas y rectas.
- Tijera de córnea.
- Tijera para material.
- Tijera vana.
- Pinza de Utrata.
- Pinzas de córnea 0.12 mm.
- Pinzas de conjuntiva.
- Porta agujas de microcirugía oftalmológica.
- Espátula para Iris de tipo Barraquer
- Espátula escariadora para esclera.
- Hojas crescent desechables
- Calibrador o Caliper de tipo Castroviejo de 20 mm
- Gancho rotador de lente intraocular.
- Ganchos de estrabismo de tipo Jameson 2 piezas
- Ganchos de estrabismo de tipo Graefe 2 piezas
- Electrocauterio.
- Asa de Snellen.
- Cánula de irrigación y aspiración para catarata.
- Pinza para implante de lente intraocular.
- Chopper.
- Pinzas de campo.
- Pinzas de mosco.
- Cuchillas 15° y 3 mm.

#### **Atención hospitalaria de alta especialidad**

A continuación, se describen los requerimientos de infraestructura específicos para la atención de diferentes intervenciones de atención médica.

Las áreas deben de cumplir con los requerimientos generales descritos anteriormente, además de contar con los que a continuación se describe.

### **Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA.**

#### **Consulta Externa.**

- Alta en el Sistema de Información en Salud (SALVAR en VIH/SIDA), y equipo de cómputo designado para ese fin.
- Alta en el Sistema de Información en Salud (en Hepatitis C).
- Cubículos con características que permiten la privacidad y manejo confidencial de Laboratorio datos.

#### **Laboratorio.**

- VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio CD4 y Carga Viral propio, subrogado o referencia.
- VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio para la detección y confirmación de VIH propio, subrogado o referencia.
- Hepatitis C. Que se realice prueba de Tamizaje rápida y que exista evidencia documental del Tamizaje, Carga viral para Hepatitis C, ALT, BH, Cr, VIH, VHB.

### **Carro Rojo en Urgencias, Sala de operaciones, Recuperación post anestésica, Tocología, Imagenología.**

#### **Equipo Médico y elementos complementarios.**

- Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto.
- Tanque de oxígeno con regulador y manómetro
- Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).

#### **Primer Cajón.**

- Agua inyectable.
- Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.
- Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.
- Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.
- Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.
- Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).
- Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml
- Dobutamina solución inyectable 250 mg. \*
- Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. \*
- Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml \*
- Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.
- Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.
- Glucosa solución inyectable al 50%
- Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.\*
- Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. \*
- Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml \*
- Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg\*
- Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.
- Lidocaína solución inyectable al 2%.

#### **Segundo Cajón.**

- Cateter venoso central
- Parches para electrodo (Pediátricos y adulto).
- Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)
- Llave de tres vías.
- Sonda de aspiración.
- Jeringas de 5, 10, 20 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Equipo de venoclisis con microgotero.
- Equipo de venoclisis con normogotero.

#### **Tercer Cajón.**

- Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.
- Aguja intraósea (14,16,18).
- Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).
- Lidocaína con atomizador manual al 10%.
- Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.
- Mango de laringoscopio.
- Hojas rectas: 1, 2.
- Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.
- Guantes.

#### **Cuarto Cajón.**

- Bolsa autoinflable para reanimación adulto.
- Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).
- Extensión para oxígeno.
- Puntas nasales.
- Solución Hartmann inyectable 500 ml.
- Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.
- Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.
- Coloide solución inyectable 500 ml.



# SECCIÓN.2 CRITERIOS



**INFRAESTRUCTURA BLANDA  
ELEMENTOS MEDIBLES**

### III. Infraestructura Blanda

#### 1. Recursos Humanos.

##### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada en verificar la presencia, situación contractual, nivel académico, capacitación continua del personal médico, paramédico, técnico y administrativo de acuerdo a la normatividad vigente y a los procesos de atención médica que se prestan en el EAM.

**Evaluación.** Se verificará en el expediente de personal, por entrevista y recorridos que el personal del EAM cumpla con:

- Forme parte de la plantilla de personal del EAM.
- Se encuentre en sus áreas y horarios de trabajo.
- Porte identificación oficial del EAM en todo momento.
- Cuente con los grados profesionales de acuerdo a las actividades que desempeña.
- Cuente con la capacitación continua o requerimientos que marca la normativa vigente.
- Cuente con la capacitación continua de acuerdo a sus actividades específicas.
- Se cuente con personal suficiente para cubrir la demanda de servicios.

#### 2. Normatividad Aplicable.

- Los criterios para la evaluación están sustentados en la normativa que se encuentra vigente en los Estados Unidos Mexicanos, las cuales constituyen el marco de referencia para establecer los parámetros obligatorios que debe cumplir cualquier Establecimiento de Atención Médica.
- A continuación, se incluye un compendio de Leyes, Reglamentos, Normas oficiales, en las cuales está sustentada la evaluación de criterios.

Ley General de Salud	Normas Oficiales Mexicanas
Artículo 19	NOM-001-SEDE-2012
Artículo 20	NOM-001-SSA3-2012
Artículo 41 Bis	NOM-002-SSA3-2017
Artículos 47	NOM-002-STPS-2010
Artículo 67	NOM-003-SEGOB-2011
Artículo 77 Bis 9	NOM-004-SSA3-2012
Artículo 78	NOM-005-SSA2-1993
Artículo 79	NOM-005-SSA3-2010
Artículo 81	NOM-005-STPS-1998
Artículo 82	NOM-006-SSA3-2011
Artículo 83	NOM-007-SSA2-2016

Artículo 85	NOM-007-SSA3-2011
Artículo 86	NOM-009-CONAGUA-2001
Artículo 87	NOM-009-SSA3-2013
Artículo 90	NOM-010-SSA2-2018
Artículo 92	NOM-011-SSA3-2014
Artículo 168	NOM-013-SSA2-2015
Artículo 200 Bis	NOM-015-SSA2-2010
Artículo 200 Bis	NOM-016-SSA2-2012
Artículo 240.	NOM-016-SSA2-2014
Artículo 260	NOM-016-SSA3-2012
Artículo 272 Bis	NOM-017-SSA2-2012
Artículo 314	NOM-017-STPS-2008
Artículos 315	NOM-022-SSA3-2012
Artículo 316 Bis	NOM-024-NUCL-1995
Artículo 323	NOM-025-SSA3-2013
Artículo 324	NOM-025-STPS-2008
Artículo 329	NOM-026-NUCL-2011
Artículo 332	NOM-026-SSA3-2012
Artículos 333	NOM-027-SSA3-2013
Artículo 334	NOM-028-NUCL-2009
Artículo 335	NOM-028-SSA2-2009
Artículo 337	NOM-028-SSA3-2012
Artículo 338	NOM-030-SSA2-2009
Artículo 339	NOM-030-SSA3-2013
Artículo 342 Bis 3	NOM-031-NUCL-2011
Artículos 375	NOM-031-SSA2-1999
Artículo 404	NOM-031-SSA3-2012
<b>Ley Federal del Trabajo</b>	NOM-032-SSA2-2014
	NOM-033-SSA2-2011
	NOM-034-SSA2-2013
Artículo 2	NOM-035-SSA3-2012
Artículo 3	NOM-036-SSA2-2012
Artículo 15-B	NOM-037-SSA2-2012

	NOM-037-SSA3-2016
	NOM-039-SSA2-2014
	NOM-041-SSA2-2011
	NOM-043-SSA2-2005
	NOM-045-SSA2-2005
	NOM-046-SSA2-2005
	NOM-047-SSA2-2015
	NOM-052-SEMARNAT-2005
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
	NOM-093-SSA1-1994
	NOM-220-SSA1-2012
	NOM-229-SSA1-2002
	NOM-233-SSA1-2003
	NOM-234-SSA1-2003
	NOM-249-SSA1-2010
	NOM-251-SSA1-2009
	NOM-253-SSA1 2012
<b>Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica</b>	<b>Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes</b>
Artículo 20	Artículo 2
Artículo 21	Artículo 8
Artículo 22	Artículo 9
Artículo 23	Artículo 10
Artículo 24	Artículo 12
Artículo 25	Artículo 14
Artículo 27	Artículo 15
Artículo 28	Artículo 19
Artículo 59	Artículo 25
Artículo 62	Artículo 26
Artículos 79	Artículo 29

Artículo 83	Artículo 30
Artículo 86	Artículo 31
Artículo 88	Artículo 32
Artículos 138 Bis 19	Artículo 33
Artículo 138 Bis 21	Artículo 34
Artículo 143	Artículo 36
Artículo 145.	Artículo 41
Artículo 168	Artículo 43
Artículo 220	Artículo 51
Artículo 221	Artículo 61
Artículo 222	Artículo 56
Artículo 224	Artículo 76
Artículo 238	Artículo 77
	Artículo 78
	Artículo 79

#### **IV. ELEMENTOS MEDIBLES INFRAESTRUCTURA BLANDA**

##### **RECURSOS HUMANOS**

A continuación, se enlistan los requerimientos de nivel académico y capacitación obligatoria para el diferente personal médico y paramédico que labora en el AEM.

- **Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.**
  - Título de licenciatura/ especialidad/ subespecialidad o Técnico profesional (lo que aplique). ➡
  - En caso de pasantía contar con carta de adscripción y/o carta de pasante emitida por institución académica. ➡
- **Certificación del personal médico.**
  - Además de lo anterior, contar con certificación vigente de la especialidad o subespecialidad para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos. (Art. 272 Bis. LGS., Numeral 6.3.2.1.6 y 6.3.3.3 NOM-229-SSA1-2002, Numeral 8.3.1 NOM-002-SSA3-2017). ➡
- **Capacitaciones para todo el personal en general.**
  - Constancia de capacitación en interculturalidad en salud.
  - Capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.
  - Capacitación en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.



- Capacitación en programas establecidos y en programas emergentes de acuerdo a las funciones que desempeña.
  - Capacitación en cuidados paliativos.
- **Capacitaciones específicas por tipo de personal y/o servicio asignado en los tres niveles de atención.**

A continuación, se establecen los requerimientos específicos de capacitación, además de lo establecido previamente, del personal médico y paramédico necesario para los diferentes tipos de establecimiento en los 3 niveles de atención.

- **Establecimientos de atención médica de primer nivel.**
- **Centro de salud o equivalente.**  
Responsable del establecimiento.  
Personal de Medicina General.  
Personal de Enfermería Técnica y General.  
Personal de Trabajo Social.  
Personal de Psicología.  
Personal de Laboratorio.  
Personal de Calidad.  
Personal de Nutrición.
  - Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal de estomatología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
- Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

**Personal de Imagenología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.

- **Unidad médica móvil o equivalente.**

**Personal de Medicina General.**

- Constancia de capacitación en la operación de equipos portátiles para química seca, electrocardiógrafo y ultrasonido en UMM-3.

- **Atención médica especializada - enfermedades crónicas.**

Personal de Medicina (Especialista - medicina integrada, medicina interna, medicina familiar o endocrinología).  
Personal de Enfermería.  
Personal de Nutrición.  
Personal de Psicología.  
Personal de Trabajo Social.

Personal de recepción.

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE en caso de aplicar.

• **Atención médica especializada - centro de atención primario en adicciones y atención ambulatoria en salud mental.**

**Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social).**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en adicciones y/o administración de salud pública.
- Constancia de capacitación en habilidades gerenciales.
- Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
- Mínimo un año de experiencia.

**Personal Médico General (en caso de contar con el).**

Personal de Psicología.

Personal de Trabajo Social.

Personal médico de Psiquiatría.

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
- Constancia de capacitación en el modelo UNEME – CAPA en caso de aplicar.

**Personal de recepción.**

- Constancia de taller de implementación del modelo UNEME – CAPA en caso de aplicar.
- Constancia de capacitación de introducción a la promoción de la salud mental. Herramienta comunitaria para disminuir la brecha en salud mental.

• **Atención médica especializada - unidad de especialidades médicas para la detección y diagnóstico del cáncer de mama.**

**Médico especialista con formación directiva responsable del establecimiento.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Personal médico con posgrado en salud pública, epidemiología u alguna rama afín, o en su caso un médico especialista con formación directiva.
- Diploma de formación directiva en caso de médico especialista.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

**Personal Médico Radiólogo.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
- Registro de certificación o recertificación por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen de mama.
- Registros de capacitación continua emitidos por una institución de salud o de educación superior reconocida, en caso de realizar toma de biopsias, se deberá de contar con capacitación en intervencionismo mamario
- Se debe contar por lo menos con un recurso en el área de detección y otro en el área de diagnóstico.

#### **Personal Médico.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM,
- Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos un médico por turno.

#### **Personal de Enfermería.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
- Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos una enfermera por turno.

#### **Personal de trabajo social.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM
- Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.

#### **Personal de Psicología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de acreditación en acompañamiento emocional.
- Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

#### **Personal de Imagenología (Técnicos radiólogos).**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación específica en mastografía o curso tutorial o demostrativo (teórico-práctico)
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

Personal Administrativo.

- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

- **Centro de internamiento en adicciones.**

Psicóloga(o) capacitada(o) en adicciones.

Trabajador(a) social solo para el Modelo mixto/ profesional.

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en adicciones.

- **Establecimientos de atención médica de segundo nivel de atención**

- **Atención hospitalaria especializada.**

**Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Personal médico de Anestesiología sin subespecialidad en anestesiología pediátrica y oferte este servicio contara con constancia de capacitación en anestesiología pediátrica.

**Personal Médico de Cirugía General.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias.

**Personal Médico Especialista en Urgencias.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal Médico general/médico familiar.**

- Cursos afines a la atención médica de urgencias.

**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias
- Capacitación en emergencia obstétrica.
- Curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas.

**Personal Médico de Perinatología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en atención del Recién Nacido en estado crítico.

**Personal Médico de Pediatría.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal.

**Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal Médico de Oftalmología**

**Personal Médico de Urología**

**Personal médico de Genética**

**Médico especialista en Nefrología**

**Personal Médico de Ortopedia y Traumatología**

**Personal Médico de Dermatología**

**Personal Médico de Cardiología**

**Personal Médico de Neumología**

**Personal Médico de Neurología**

**Personal Médico de Neurocirugía**

**Personal Médico de Otorrinolaringología**

**Personal Médico de Proctología**

**Personal Médico de Gastroenterología**

**Personal Médico de Endocrinología**

**Personal Médico de Psiquiatría**

**Personal Médico de Audiología, Foniatría**

**Personal Médico en Rehabilitación**

**Personal Médico de Inmunología**

**Personal Médico de Infectología**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas Área quirúrgica.**

- Constancia del post-técnico y/o constancia de enfermera quirúrgica.

**Personal de enfermería en el servicio médico de urgencias.**

- Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias.
- Capacitación en emergencias obstétricas según aplique.

**Personal de enfermería en el servicio de tocología.**

- Cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal
- Cursos de entrenamiento y capacitación en emergencia obstétrica según aplique.

**Personal de enfermería en hemodiálisis.**

- Constancia de capacitación en hemodiálisis.

**Personal de estomatología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
- Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

**Personal de Imagenología.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.

**Personal de Trabajo Social**

**Personal de Psicología**

**Personal de Inhaloterapia**

**Personal de Epidemiología**

**Personal de Calidad**

**Fisioterapeuta**

**Ingeniería Biomédica o equivalente.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Atención de VIH/SIDA y hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH.**

**Coordinador del establecimiento y/o servicio que otorga atención a pacientes con VIH /VHC (profesional de salud).**

Personal de enfermería.

Personal Médico General

Personal Médico de Infectología o Medicina Interna.

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
- Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.

**Personal Médico de Pediatría y/o Infectología Pediátrica.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.

**Personal Médico de Ginecología y Obstetricia (Interconsultante).**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**Personal de Farmacia.**

- Certificado en el Sistema Integral de Capacitación de Asistencia en la Dispensación 6 hrs. u otros que avalen la competencia.

**Enfermedades del sistema nervioso central.**

**Personal Médico especialista en rehabilitación.**

**Licenciado en terapia física o fisioterapia.**

**Licenciado en terapia ocupacional.**

**Licenciado en terapia de lenguaje o comunicación humana.**

- Cuenta con la capacitación general y específica por tipo de personal y/o servicio asignado.

**NORMATIVIDAD APLICABLE**

**Autorizaciones sanitarias.**

Permisos, avisos de funcionamiento, licencias, etc.

- Cuenta con documentos actualizados por cada servicio que lo requiera en el establecimiento con responsables Sanitarios. ➡

**Convenios de prestación de servicios.**

- Convenio de prestación de servicios subrogados vigente.

**Comités técnicos hospitalarios.**

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales. (CODECIN).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Mortalidad Hospitalaria

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.



# SECCIÓN.3 CRITERIOS



**INFRAESTRUCTURA CRÍTICA  
ELEMENTOS MEDIBLES**



## V. Infraestructura Crítica

La infraestructura crítica está conformada por los **Criterios mayores**, los cuales representan los procesos vinculados a la infraestructura que son críticos en la operación diaria del EAM y en la atención de los pacientes.

**Criterios mayores.** Son todos los elementos de medición indispensables que deben ser cumplidos por el EAM para la obtención del Dictamen correspondiente. En el caso de que se encuentre evidencia del incumplimiento de algún criterio mayor, deberá hacerse de conocimiento al responsable del establecimiento.

Los siguientes apartados describen los Criterios Mayores:

### 1. Eficacia y suficiencia del recurso humano.

#### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada en verificar la presencia, nivel académico y elementos de capacidad del personal indispensable de acuerdo a la cartera de servicios que presta el EAM.

**Evaluación.** Además de lo establecido en el numeral 2.2.1, se verificará en el expediente de personal lo siguiente:

- Contar con la cobertura del personal médico y paramédico de acuerdo a los servicios que presta.
- Deberá de contar con el personal específico para asegurar la atención de pacientes de acuerdo a la cartera de servicios que se prestan en el establecimiento. ➡
- Documentación comprobatoria de su formación académica (título, cédula o cédulas profesionales). ➡
- Certificación vigente para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos. ➡
- El EAM de primer nivel deberá contar con personal de salud completo /núcleo básico (médico-enfermera-odontólogo, etc.) por turno para satisfacer la demanda de atención, de acuerdo con los horarios laborales de la institución y a la población objetivo. ➡
- Los EAM ambulatorios de atención especializada deberá contar con personal médico especialista en cada turno, privilegiando la atención integral del paciente, de acuerdo con los horarios laborales de la institución y a la población objetivo. ➡
- Para los EAM de segundo y tercer nivel de atención, se deberá contar con personal médico de las especialidades troncales (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia) y Urgencias por turno para satisfacer la demanda de atención. En el caso de otras especialidades y subespecialidades, deberá contar con personal de acuerdo con la cartera de servicios y la demanda de atención; estableciendo un mecanismo de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes. ➡
- Para el segundo y tercer nivel de atención, donde se requiera del equipo quirúrgico (conformado por personal de perfil quirúrgico, anestesiología y de enfermería), deben laborar en el mismo turno. ➡
- En aquellos EAM rurales o comunitarios donde exista personal de atención en turno y con guardias en los turnos restantes para proveer continuidad en el servicio, deberán informar al equipo evaluador los mecanismos de cobertura para las necesidades de la población. ➡

- Deberá existir cobertura del personal antes mencionado de conforme a la planeación del EAM en caso de vacaciones, incapacidades, ausencias o alguna otra incidencia. ➡
- La información deberá ser validada por el área de Recursos Humanos y podrá ser entregada al equipo evaluador durante el tiempo que dure la evaluación al EAM.
- Se validará la documentación presentada en formato físico o digital, la información recabada deberá registrarse en el formato correspondiente o acta de observaciones, el cual deberá contener las firmas y sellos requeridos.

## 2. Áreas Críticas.

### Propósito de la evaluación:

La evaluación está enfocada en verificar que se realizan los procesos establecidos como criterios mayores en las áreas críticas del EAM.

**Evaluación.** Se verificará en el área por medio de revisión documental, entrevista al personal y recorridos en las áreas lo siguiente:

### 2.1 Proceso de limpieza y desinfección de las áreas críticas. ➡

- Se deberá contar con proceso establecido y documentado validado por el cuerpo de gobierno, en el que se establezca la metodología para la limpieza y desinfección de todas las superficies inanimadas y fómites del área quirúrgica (pasillo de circulación blanca, sala de operaciones y área de recuperación) y terapias intensivas. ➡
- Se deberá evidenciar la relación de lo establecido en el documento marco y lo realizado por el personal responsable de la actividad y ser registrado en las bitácoras correspondientes. ➡
- Evaluar la frecuencia de limpieza rutinaria (ordinaria), exhaustiva (profunda) de acuerdo a la productividad. ➡
- El establecimiento determinará el método de desinfección más adecuado a sus necesidades y características, con base en información científica y normatividad aplicable que respalde su proceso. ➡

### 2.2 Proceso de esterilización. ➡

- Se deberá contar con proceso documentado validado por el cuerpo de gobierno, en el que se establezca la metodología para la limpieza, acondicionamiento, esterilización, almacenamiento y transporte del de instrumental, equipo y material estéril, así como los controles de calidad y seguridad a los que será sometido. ➡
- Las unidades o servicios en donde se realicen procedimientos endoscópicos (artroscopias, endoscopias de tubo digestivo corto o largo, broncoscopios) deberán contar con protocolos de limpieza y desinfección de alto nivel o esterilización. ➡
- El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica o equivalente tecnológico; debe ser rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. ➡
- Se deberá evidenciar la relación de lo establecido en el documento marco y lo realizado por el personal responsable de la actividad y ser registrado en las bitácoras correspondientes. ➡

### 2.3 Circulación del personal en área quirúrgica. ↻

- Verificar que todo el personal que ingresa al área fue capacitado en circulación entre las áreas de acuerdo a normatividad. ↻
- Se deberá verificar que el personal que ingresa al área, utiliza uniforme quirúrgico estéril o en su caso limpio y/o sanitizado de acuerdo a las actividades que desarrolle. ↻
- Se verificará por entrevista en el área, que el personal conoce y respeta la circulación. ↻

## 3. Seguridad de las Instalaciones.

### Propósito de la evaluación:

Verificar que el EAM cuenta con condiciones seguras de infraestructura necesarias para la prestación de servicios de acuerdo a la normatividad vigente, haciendo hincapié en las áreas críticas.

**Evaluación.** Se verificará el cumplimiento normativo con: evidencia documental, entrevista al personal y recorridos de las instalaciones a manera de rastreador.

### 3.1 Condiciones de Infraestructura y limpieza. ↻

- Se refiere a las condiciones de infraestructura y limpieza establecidas en la sección de Instalaciones, mobiliario y equipo de este catálogo.
- Se considera incumplimiento del criterio cuando las condiciones de la infraestructura de las instalaciones de encuentran deterioradas por falta de mantenimiento preventivo y correctivo. ↻
- El deterioro regular por uso de las instalaciones no se considera incumplimiento.
- Se considera incumplimiento del criterio cuando las instalaciones, mobiliario y equipo se encuentren evidentemente sucios. ↻

### 3.2 Sistema de energía de emergencia. ↻

- Verificar el restablecimiento de la energía eléctrica en un tiempo no mayor a 10 segundos, en las áreas críticas (sala de operaciones, terapias intensivas). ↻
- La revisión se enfocará en los equipos de soporte de vida, tomas de corriente ligadas al sistema de emergencia y para los equipos considerados indispensables (lámparas quirófano, entre otros). ↻
- El EAM, debe de contar con un sistema de suministro continuo de energía externo y un sistema energía de emergencia. ↻
- Verificar si el sistema de energía de emergencia que soporta las áreas críticas, cuenta con planta de emergencia y Sistema de Alimentación Ininterrumpida (UPS por sus siglas en inglés) o solo con planta de emergencia.
- Contar con un proceso documentado de mantenimiento del equipo y las instalaciones de acuerdo al tipo de sistema de energía de emergencia que incluya programa de simulacros con pruebas con carga y sin carga viva programadas, así como registros del restablecimiento de la energía eléctrica fallas originadas por CFE. ↻
- Verificar por revisión documental y por entrevista al personal encargado de la actividad, la implementación de los procesos descritos, además de comprobar que conocen el funcionamiento del sistema de energía de emergencia y que se registre en las bitácoras correspondientes. ↻

- Las bitácoras deben contener todos los parámetros que demuestren que se cumple con el restablecimiento de la energía eléctrica en el tiempo establecido en los diferentes escenarios. ➡
- Posterior a estas acciones, si no es posible validar el cumplimiento del restablecimiento de la energía eléctrica dentro del tiempo, el EAM tendrá la oportunidad de demostrar el cumplimiento de los criterios mencionados realizando la prueba con carga viva de la planta de energía eléctrica, previa autorización por escrito por parte del responsable del establecimiento.
- En caso de ser necesaria la prueba con carga viva y no se obtenga la autorización por parte del EAM, se deberá tener por escrito dicha negativa y se considerará no cumplido el criterio mayor. ➡
- Para la realización de la prueba, el coordinador o líder evaluador deberá coordinarse con el responsable del establecimiento o responsable de atender la visita, para establecer el momento en que se realizará, buscando no afectar las actividades propias del establecimiento. ➡
- Para estandarizar la metodología de la medición de la prueba, se deberá realizar lo siguiente: ➡
  - El equipo evaluador debe realizar videograbaciones en la sala o salas de operaciones y en el área de terapia intensiva que se determine.
  - En la sala de operaciones deberá observarse las lámparas cenitales de quirófano y equipo médico disponible encendido, además de un dispositivo electrónico conectado a una toma de corriente que pertenezca al sistema de energía de emergencia.
  - En la terapia intensiva deberá observarse el equipo médico disponible encendido, además de un dispositivo electrónico conectado a una toma de corriente que pertenezca al sistema de energía de emergencia.
  - Los equipos deberán permanecer encendidos previos al corte, durante y al restablecimiento de la energía.
  - Los videos deberán grabar la mayor cantidad de equipos posibles.
  - En caso de existir Sistema de Alimentación Ininterrumpida (UPS), no deberá ocurrir interrupción de energía en los equipos conectados a este.

### **3.3. Filtración de aire de alta eficiencia y sistema de inyección, extracción y distribución de aire. ➡**

- Verificar que la inyección de aire sea con filtrado de alta eficiencia, para lo cual deberá existir sistema de filtros dentro de las Unidades Manejadoras de Aire (UMA) colocados de manera que aseguren su funcionamiento principalmente en las áreas solicitadas. (de acuerdo a la NOM-016-SSA3-2012 y NOM-045-SSA2-2005). ➡
- Revisar la infraestructura del sistema de inyección, filtrado, extracción, así como de los ductos de distribución que se encuentre en buenas condiciones de conservación y funcionamiento garantizando la pureza del aire. ➡
- Realizar revisión de las UMAs y los ductos de manera física, o en su defecto de manera remota desde una locación segura en el establecimiento, auxiliado por el personal a cargo del servicio. ➡
- Revisar la evidencia documental (histórico y reciente) de los recambios de filtros y el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de acuerdo con las especificaciones de fabricante o mediante prueba de eficiencia basado en el conteo de partículas. ➡

- En las terapias intensivas la inyección del aire deberá ser por la parte superior de la sala. ➡

### 3.4. Condiciones de la sala de operaciones. ➡

- verificar que se cuente con la infraestructura indispensable en área quirúrgica de acuerdo a la normatividad vigente con:
- Áreas de vestidores y sanitarios.
  - Existir y tener comunicación directa al pasillo de circulación blanca. ➡
- Pasillo de circulación blanca con:
  - Equipo de lavado y asepsia prequirúrgica de manos. ➡
  - Ventanilla comunicada con C.E.yE. ➡
- Sala de operaciones con:
  - Curvas sanitarias. ➡
  - Paredes recubiertas de material antibacterial de fácil limpieza. ➡
  - Paredes sin ranuras, orificios o poros. ➡
  - Ventilación debe de ser artificial, con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire). ➡
  - Que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. ➡
  - Puertas doble abatimiento y tener mirillas. ➡
  - Piso resistente al agua, no conductor de corriente. ➡
  - Instalaciones fijas de oxígeno y aire medicinal. ➡
- Área de recuperación.
  - Contar con área de transferencia que permita el ingreso y egreso de pacientes, con división física que permita conservar las condiciones de asepsia propias del área. ➡
  - El egreso del personal deberá ser por esta área hacia el área negra. ➡

### 3.5. Condiciones de la CEyE. ➡

- Verificar que se cuente con la infraestructura indispensable en CEyE de acuerdo a la normatividad vigente. ➡
- Áreas de: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización, adicionalmente puede tener una zona con gavetas y anaqueles para guardar el material estéril que generalmente es denominada subCEyE. ➡
- Ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca, para la entrega de material estéril y ventanilla de comunicación a la circulación negra, para la entrega de material estéril a otros servicios del hospital y para la recepción de material prelavado. Dichas ventanillas no deben estar juntas ni en la misma área para evitar contaminación cruzada. ➡
- Contar por lo menos con una autoclave o con los equipos necesarios y adecuados de acuerdo al tipo de proceso de esterilización (cámaras de gas, equipos de plasma) y demanda de los insumos, dichos equipos deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de

su funcionamiento, estos pueden ser controles físicos, químicos y biológicos de acuerdo a cada procedimiento. ➡

- Contar con anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad dentro del área y fuera de ella para mantener su esterilización. ➡
- Se recomienda que los pisos y paredes deben ser de material antibacterial de fácil limpieza sin ranuras, orificios o poros.
- Se recomienda que los techos deberán tener curvas sanitarias para evitar la condensación de humedad, polvo u otras posibles causas de contaminación.
- Se recomienda sistemas de ventilación donde el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro.

#### 4. Autorizaciones sanitarias. ➡

##### Propósito de la evaluación:

Verificar que la documentación referente a autorizaciones sanitarias con las que cuenta el EAM tiene apego a la normativa vigente. ➡

**Evaluación.** Se verificará que se cumple con lo siguiente:

- Estar colocados en un lugar visible dentro de la institución. ➡
- Contar con información básica del establecimiento: Vigencia, nombre del establecimiento y razón social, CLUES, dirección del establecimiento y datos de georreferencia. ➡
- Responsable sanitario. (perteneciente y activo en el EAM). ➡
- Cuando les aplique, deberán presentar los siguientes documentos: ➡
  - Aviso de funcionamiento.
  - Licencias sanitarias (incluyendo las modificaciones de vigencia, cuando apliquen).
  - Autorizaciones sanitarias (todas las cuales tengan facultad de realizar)

#### 5. Expediente clínico de pacientes.

**Propósito de la evaluación.** Verificar que los expedientes integrales en el EAM cumplan con la normativa vigente.

**Evaluación:** Se solicitará por muestreo la cantidad de expedientes clínicos a revisar por el equipo evaluador.

- **La revisión se realizará con apego a la normatividad vigente.** ➡
- Se solicitarán expedientes abiertos y cerrados.
- Expedientes abiertos, se solicitarán en un periodo de 6 meses a la fecha de evaluación
- Expedientes cerrados, en un periodo de 1 año a 6 meses previos a la fecha de la evaluación.
- **En expedientes clínicos físicos, se deberá validar el apego a la NOM-004-SSA3-2012.** ➡
- **En expedientes completamente electrónico, se deberá validar el apego a la NOM-024-SSA3-2012.** ➡
- En caso de expediente clínico mixto, se deberá validar el cumplimiento normativo de cada uno de los segmentos que se utilicen a decisión del establecimiento.

- El evaluador deberá solicitar expedientes adicionales para su revisión, con la finalidad de cubrir la totalidad de la cartera de servicios que presta el EAM.
- **De la muestra solicitada, el EAM deberá cumplir con el apego normativo de al menos el 70% de los expedientes revisados. ⇨**
- El apego del expediente se calificará a través de la “lista de verificación del expediente clínico”.
- Cada expediente evaluado deberá alcanzar un mínimo 85% de calificación por considerarse válido.
- Esta herramienta contempla los siguientes apartados:
  - Orden e integración del expediente clínico.
  - Historia clínica.
  - Nota de evolución.
  - Nota de urgencias.
  - Notas derivadas de la atención quirúrgica.
  - Nota de egreso.
  - Indicaciones médicas.
  - Hojas de enfermería.
  - Carta de consentimiento informado.
- Evaluación de Centros de Salud y establecimientos de atención ambulatoria:
  - Se solicitarán 10 expedientes de los primeros motivos de atención y los necesarios en los que se pueda establecer la trazabilidad de la atención por todos los servicios con que cuente en el establecimiento.
- Evaluación en establecimientos de atención médica con Hospitalización
  - Se solicitarán 20 expedientes de los primeros motivos de atención y los necesarios en los que se pueda establecer la trazabilidad de la atención por todos los servicios con que cuente en el establecimiento.
  - Se priorizarán aquellos expedientes de pacientes hospitalizados, incluyendo a aquellos que se encuentren en áreas críticas y que sean sometidos a intervenciones quirúrgicas durante el periodo de evaluación.
  - Adicionalmente, se solicitarán los resultados y acciones de mejora derivados de la revisión de expedientes clínicos en los diferentes Comités y Subcomités Técnico Médico Hospitalarios del EAM.

# SECCIÓN.4

# CRITERIOS

**PROCESOS LIGADOS A INFRAESTRUCTURA**  
**ELEMENTOS MEDIBLES**



## VI. Procesos ligados a infraestructura

### 1. Red de frío e inmunización.

**Propósito de la evaluación:** Verificar que el EAM, cuenta con la infraestructura y procesos necesarios para prestar servicios de inmunización a los usuarios.

**Evaluación:** Revisión de la infraestructura y procesos que aseguren la integridad de los biológicos, así como la revisión documental de la inmunización a usuarios, realizando lo siguiente:

- Evaluar por entrevista y evidencia documental el proceso integral que el EAM utiliza para el control de la red de frío en sus diferentes elementos.
- Verificar que la red de frío (refrigerador y termos contenedores) mantiene la temperatura del biológico en los rangos establecidos.
- Verificar en los diferentes equipos de refrigeración, que el biológico se resguarda de manera ordenada y segura de acuerdo a la normatividad vigente.
- Verificar la operatividad del plan de contingencia para biológico.
- El EAM deberá contar con una estrategia de identificación del malfuncionamiento de las alarmas del refrigerador.
- Verificar que los contenedores de biológico no haya objetos distintos al propósito.
- Verificar por trazadores, la presencia física e histórica del biológico en el EAM y su ministración a usuarios a través del censo nominal.

### 2. Programas de prevención y detección

**Propósito de la evaluación:** Verificar que el EAM, realiza las actividades de prevención y detección de enfermedades prioritarias para la atención de los usuarios.

**Evaluación:** Revisión de los procesos de atención estandarizados para asegurar la detección, prevención, y en su caso, el control de patologías prioritarias específicas que apliquen al EAM, donde se identificarán las siguientes acciones:

- Acciones preventivas por grupo etario y programas prioritarios.
- Existencia y disponibilidad de las Guías de Práctica Clínica y/o protocolos de atención (médicos y/o quirúrgicos) en todos los servicios clínicos de acuerdo con lo siguiente:
  - Cartera de servicios del EAM.
  - Principales causas de atención del área o servicio.
  - Causas frecuentes mortalidad del área o servicio (cuando aplique).
- Evidencia de información disponible para el personal.
- Difusión y conocimiento por el personal.
- Implementación en las áreas del establecimiento correspondientes.
- Documentación en el expediente clínico.
- Se rediseñan procesos con base en la implementación en caso necesario.

### 3. Servicios Subrogados

**Propósito de la evaluación:** Verificar que los servicios subrogados que prestan servicios al EAM evaluado, cumplen con las condiciones de infraestructura, procesos y características necesarios para la prestación de servicios.

**Evaluación:** Revisión física de las instalaciones de los servicios subrogados.

- Se considera como subrogado, a aquel establecimiento contratado, convenido o en red de servicios, para complementar y dar continuidad a la atención médica.
- Se realizará visita de evaluación a los servicios subrogados que se encuentran ubicados físicamente fuera de la infraestructura del establecimiento privilegiando a aquellos que son indispensables o de gran importancia para la intervención evaluada, levantando la constancia correspondiente
- Los servicios subrogados que se encuentran dentro de las instalaciones del EAM sujeto a evaluación, se consideran parte de la misma estructura y no se levantará acta de subrogados.
- Estos deberán cumplir las mismas condiciones de calidad que el EAM evaluado.
- Se solicitará documentación actualizada que demuestre la relación del Subrogado con el establecimiento sujeto a evaluación.
- Se realizará visita a todos los servicio o áreas en subrogación, en caso de que alguno no sea posible por lo complejo, se deberá explicar por escrito el motivo.
- En caso de que el servicio sea considerado indispensable y no pueda realizarse la visita, se considerará como un servicio no presentado.

MODELO ÚNICO DE  
EVALUACIÓN DE LA  
CALIDAD

**ESTÁNDARES  
SERVICIOS DE ATENCIÓN  
AMBULATORIA**

## MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SECCIÓN ESTÁNDARES SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad **se conforma por estándares que guían a los servicios de Atención Ambulatoria** en el diseño y la implementación de procesos seguros básicos, intermedios, avanzados y de alta complejidad, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela en los pacientes, para lo cual es necesario definir actividades específicas que se integran a los procesos y 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”**.

Asimismo, el Modelo busca un enfoque de sistema, una integración de toda la organización y un trabajo en equipo multidisciplinario fundamentados en el **análisis, la toma de decisiones, así como el involucramiento y compromiso directivo**.

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 **actividades específicas** que funcionan como **barreras de seguridad**, es decir, **actividades estandarizadas y sistémicas**, viendo al establecimiento como un “todo”. Cuando un establecimiento de atención médica implementa los estándares de servicios de atención ambulatoria, 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, ver al establecimiento 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 en primer lugar del liderazgo y compromiso directivo que impulse el 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**.

#### Apartado 1. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- |    |  |           |
|----|--|-----------|
| 1. | Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/<br>Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes<br>(MISP/ IPSG, <i>International Patient Safety Goals</i> )<br>(AESP/ <i>Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes</i> ) | MISP/AESP |
|----|--|-----------|

#### Apartado 2. SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- |    |   |               |
|----|---|---------------|
| 2. | Manejo y Uso de los Medicamentos<br>(MMU, <i>Medication Management and Use</i> )              | MEDICACIÓN    |
| 3. | Prevención y Control de Infecciones<br>(PCI, <i>Prevention and Control of Infections</i> )    | INFECCIONES   |
| 4. | Gestión y Seguridad de las Instalaciones<br>(FMS, <i>Facility Management and Safety</i> )     | INSTALACIONES |
| 5. | Competencias y Capacitación del Personal<br>(SQE, <i>Staff Qualifications and Education</i> ) | PERSONAL      |

#### Apartado 3. SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 6. | Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente<br>(QPS, <i>Quality Improvement and Patient Safety</i> ) | CALIDAD |
|----|--|---------|

#### Apartado 4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- |     |   |             |
|-----|---|-------------|
| 7.  | Acceso y continuidad de la atención<br>(ACC, <i>Access to Care and Continuity of Care</i> ) | CONTINUIDAD |
| 8.  | Derechos del paciente y de su familia<br>(PFR, <i>Patient and family rights</i> )           | DERECHOS    |
| 9.  | Evaluación de pacientes<br>(AOP, <i>Assessment of Patients</i> )                            | EVALUACIÓN  |
| 10. | Servicios Auxiliares de Diagnóstico<br>(SAD, <i>Assessment of Patients</i> )                | DIAGNÓSTICO |
| 11. | Atención de pacientes<br>(COP, <i>Care of Patients</i> )                                    | ATENCIÓN    |
| 12. | Anestesia y atención quirúrgica<br>(ASC, <i>Anesthesia and Surgical Care</i> )              | CIRUGÍA     |
| 13. | Educación del paciente y de su familia<br>(PFE, <i>Patient and Family Education</i> )       | EDUCACIÓN   |

#### Apartado 5. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

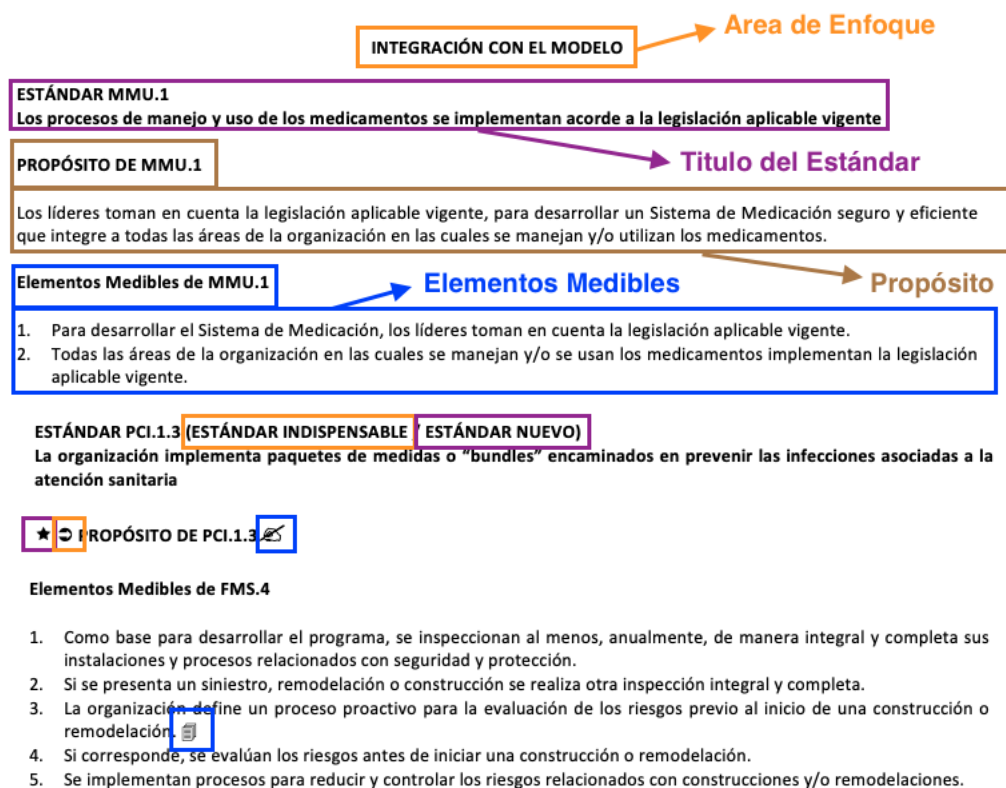
- |     |   |             |
|-----|---|-------------|
| 14. | Gestión de la Comunicación y la Información<br>(MCI, <i>Management of Communication and Information</i> ) | INFORMACIÓN |
| 15. | Gobierno, Liderazgo y Dirección<br>(GLD, <i>Governance, Leadership, and Direction</i> )                   | LIDERAZGO   |

Cada **apartado** está integrado por agrupaciones de **Estándares** relacionados entre sí, y a su vez, cada Estándar está conformado por, **Áreas de Enfoque**, **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, sistémico, **basado en buenas prácticas**. Es decir, el propósito le dice a la organización por qué y para qué implementar los estándares de servicios de atención ambulatoria.

Los **elementos medibles** (EM) son aquellos **requerimientos específicos** 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.

### Estructura General de los Criterios y Estándares



### Estándares Indispensables

Se identifican dentro del Título con la leyenda **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)** y en el Propósito mediante el símbolo ↻

Los procesos que deben definirse y documentarse acorde a lo que solicita cada PROPÓSITO para la implementación de los estándares, 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 Exclusivos para Hospitales**

Se identifican estándares exclusivos para hospitales resultado del Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC).

# APARTADO.1 ESTÁNDARES

**METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD  
DEL PACIENTE/ ACCIONES ESENCIALES  
PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES**



**METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE/  
 ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES**  
 Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
MISP/AESP.1	Identificar correctamente a los pacientes	☞	<del>✍</del>
MISP/AESP.2	Mejorar la comunicación efectiva	☞	<del>✍</del>
MISP/AESP.3	Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	☞	<del>✍</del>
MISP/AESP.4	Procedimientos Correctos	☞	<del>✍</del>
MISP/AESP.5	Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	☞	<del>✍</del>
MISP/AESP.6	Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas	☞	<del>✍</del>

## MISP.1/AESP.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

### Identificar correctamente a los pacientes.

#### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.1/AESP.1 ✍

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 coincidan con la persona.

En el diseño del proceso de identificación del paciente se define el **USO de dos datos para identificar a un paciente (nombre completo y fecha de nacimiento)**. En su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del establecimiento. Para este propósito NO SON DATOS DE IDENTIFICACIÓN: la ubicación, el número de consultorio, padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante; por ejemplo: paciente del consultorio 2, paciente del quirófano 1, paciente del Dr. Juárez, paciente de la diabetes descompensada, entre otros. Debido a que pueden cambiar durante el proceso de atención o ser relacionados a más de un mismo paciente, 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 que requiere atención médica urgente y/o con alteración del estado de conciencia, así como a recién nacidos y productos de embarazos, cuando corresponda al contexto de la organización; acorde a lo definido en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Los datos de identificación se pueden encontrar en diferentes medios, por ejemplo: en membretes, brazaletes de identificación o pulsera, tarjetas de cabecera o pie de cama, gafetes, entre otros acordes a los recursos y al contexto de la organización, los cuales deben estar disponibles durante el proceso de atención para que puedan ser consultados en todo momento. Cabe señalar que habrá situaciones en las cuáles los dos datos de identificación sólo se corroboran de manera verbal con el paciente; por ejemplo, cuando se acude a la aplicación de una vacuna, una consulta médica o cuando se realiza una curación de manera ambulatoria. En el mismo sentido, los dos identificadores deben encontrarse en todas las hojas que integran el expediente clínico.

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)**:

- Justo antes de la administración de todo tipo de medicamentos.
- Justo antes de la administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Justo antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Justo antes de la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
- Justo antes de la realización de estudios de gabinete.
- Justo antes de los traslados dentro y fuera de la organización.
- Justo antes de la dotación de dietas.
- Justo antes del inicio de la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis
- Justo antes de la aplicación de vacunas.
- Justo antes de la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo, que defina la organización.

Estos momentos son **críticos** ya que son en los que se han asociado 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
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo (Por ejemplo, procedimientos endoscópicos)

Respecto a las piezas anatómicas y los cadáveres deben identificarse con nombre completo y fecha de nacimiento con la finalidad de no extraviar las piezas, entregar resultados equivocados o cadáveres a otros familiares.

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. Así como, se considere confirmar la información con el paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) al momento de la elaboración de los medios de identificación, al momento de registrar dicha información y de no ser posible por las condiciones o edad del paciente verificar con algún familiar, cuidador o acompañante o en última instancia cotejar en el expediente clínico (si existiera uno previamente) o algún otro documento generado en el establecimiento u otro medio de verificación; con la finalidad de disminuir el riesgo de un registro incorrecto de los datos de identificación que puedan ocasionar algún incidente.

Para el caso del brazalete o pulsera debe colocarse en alguna extremidad del paciente que no dificulte su atención, de no ser posible el brazalete o pulsera se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama; en caso de retirarse con motivo de algún procedimiento, debe colocarse de inmediato al concluir. En caso de no coincidir la información en los medios de identificación o que la información no sea legible, este debe reemplazarse y no realizar ningún procedimiento hasta que se haya corroborado la información, a menos de que la vida del paciente se pueda ver afectada, ya que, en tal caso, se prioriza la atención. En los recién nacidos se colocan inmediatamente al nacimiento dos brazaletes, pulseras o su equivalente, en extremidad superior e inferior derecha.

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.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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/AESP.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 (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, 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 conciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente, si corresponde al contexto de la organización. 📄
4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **administrarles medicamentos**.
5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de administrarles **infusiones intravenosas** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
6. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **administración de sangre y hemocomponentes**.

7. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **realización de estudios de gabinete**.
8. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos**.
9. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **dotación de dietas**.
10. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **ser trasladados** dentro y fuera de la organización.
11. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **terapia de reemplazo renal con hemodiálisis**.
12. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **aplicación de Vacunas**.
13. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **proporcionarles tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo**, de acuerdo a lo establecido por la organización.
14. 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.
15. Cada una de las hojas que integran el expediente clínico del paciente, deberán contener los dos identificadores.
16. La organización implementa medios de identificación, como brazaletes o pulsera, tarjeta de cabecera o pie de cama, u otros, para la identificación de todos los pacientes.
17. El brazaletes o pulsera se coloca en alguna de las extremidades del paciente que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este medio de identificación se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama.
18. El personal que registre los identificadores confirma con el paciente. En caso de que al paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotejarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM.
19. Existe reemplazo del brazaletes, pulsera o su equivalente, cuando exista cualquier duda respecto a la información contenida o legibilidad de la misma.
20. La organización no realiza ningún procedimiento o intervención cuando existe cualquier duda respecto a los dos identificadores, hasta corroborar dichos datos.
21. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente.
22. En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo derecho, datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, esta información tiene que confirmarse con los datos de la madre y en el expediente clínico.
23. Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.
24. Cuando se retira el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, se coloca de manera inmediata al concluir.
25. Las piezas anatómicas y los cadáveres son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) para su envío al servicio Anatomía Patológica o equivalente.

## MISP.2/AESP.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

### Mejorar la comunicación efectiva.

#### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.2/AESP.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 la solicitud o cambio de dieta, si corresponde al contexto del establecimiento de atención ambulatoria. 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 que proporcionan servicios ambulatorios en las cuales se reciben **indicaciones clínicas y resultados de laboratorio**, ya sea de manera **verbal 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 anotado y leído por el receptor 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.

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.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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 o telefónica, y se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (en el 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/AESP.2**

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen 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 o telefónica, si corresponde al contexto de la organización. 📄
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 o telefónica basado en lo siguiente: 📄
  - 2.1 El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
  - 2.2 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.
3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.
4. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben resultados de laboratorio y/o gabinete de manera verbal o telefónica.
5. Si corresponde al contexto de la organización, 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.
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.3/AESP.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

#### Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

#### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.3/AESP.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 los servicios de atención ambulatoria siempre y cuando se preparen y/o se administren alguno de los siguientes medicamentos:

- Electrolitos concentrados
- Quimioterapia
- Radiofármacos
- Insulinas
- 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). 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, quirófano, área de recuperación, carros de paro, contenedores de medicamentos de emergencia), 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 los 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 específica, colocada individualmente en cada uno de los frascos o ampulas de medicamentos, esta alerta visual es definida por la organización y es independiente a la etiqueta colocada por el fabricante. El fin de esta alerta visual es ayudar al personal 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.

Se establece una alerta visual específica, colocada individualmente en cada uno de los frascos o ampulas de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo, cuando el empaque así lo permita, no solo para los electrolitos concentrados, esta alerta visual es definida por la organización y es independiente a la etiqueta colocada por el fabricante. La finalidad de esta alerta visual es ayudar al personal a identificarlos claramente como de alto riesgo, por lo que es importante que el etiquetado rojo sea exclusivo para identificar medicamentos de alto riesgo.

## ▪ DOBLE VERIFICACIÓN

En las áreas donde se preparan y administran 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:

- Electrolitos Concentrados.
- Quimioterapéuticos.
- Radiofármacos.
- Insulinas.
- 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 en primer lugar, 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).

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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/AESP.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: 
  - 1.1. Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.
  - 1.2. Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.
  - 1.3. El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamentos de alto riesgo.
  - 1.4. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
    - 1.4.1. Electrolitos concentrados.
    - 1.4.2. Quimioterapias.
    - 1.4.3. Radiofármacos.
    - 1.4.4. Insulinas.
    - 1.4.5. Anticoagulantes parenterales.



2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.
5. 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/AESP.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

### Procedimientos Correctos.

#### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.4/AESP.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.

Si corresponde al contexto de la organización, 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.

Si en la organización se realizan procedimientos quirúrgicos, debe realizarse el **Protocolo Universal** en cada procedimiento quirúrgico 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. Para ello, se debe cumplir con lo señalado en la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2, nombrando a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.

#### ▪ **MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO**

Siempre que sea posible, el **marcado del sitio anatómico** involucra la participación del paciente o su tutor responsable (familiar, cuidador o acompañante) 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, (no tiene que utilizarse como marcaje una "X", ya que genera confusión), 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).

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo previo al ingreso a la sala de cirugía, 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 del lado a intervenir (por ejemplo, frente, párpado) del lado a intervenir.

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 realizarse de manera documental en los siguientes casos:

- 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.
- En procedimientos dentales.
- 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:

- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
- El procedimiento correcto.
- La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
- Alergias.
- Riesgo de sangrado, si corresponde.
- Entre otros que defina la organización.

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

- 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 y que estén debidamente identificados.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
- Las alergias del paciente.
- El filtro de superficie correcta
- El filtro del paciente correcto para los pacientes dentro del programa de reúso
- 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** 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.

En los procedimientos en donde solo participa una persona, el tiempo fuera puede ser realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, como parte de un ejercicio consciente de validación y revisión.

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 **todo aquel procedimiento invasivo o de alto riesgo** como podrían ser:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto).
- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de reemplazo 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).
- Procedimientos quirúrgicos.
- Toma de biopsias.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Colocación de accesos vasculares.
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo (Por ejemplo, procedimientos endoscópicos).

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la Terapia de Reemplazo 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.

Siempre que sea posible, 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.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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 MIS.P.4/AESP.4

1. La organización identificó y realizó un listado, si corresponde al contexto de la Organización, 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. NO tiene que utilizarse como marcaje una “X” ya que genera confusión.
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:
  - 5.1. El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MIS.P.1).
  - 5.2. El procedimiento correcto.
  - 5.3. La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
  - 5.4. La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
  - 5.5. Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
  - 5.6. Alergias del paciente.
  - 5.7. Riesgo de sangrado.
  - 5.8. Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
6. El proceso de Tiempo fuera se realiza con la presencia de todo el equipo multidisciplinario que participa en el procedimiento justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
7. Cuando solo participa una persona, el tiempo fuera es realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
8. La verificación del Tiempo Fuera se documenta acorde a lo definido por la organización.
9. Se lleva a cabo el Tiempo fuera justo antes de iniciar todo procedimiento invasivo o de alto riesgo definidos por la organización.
10. Siempre que sea posible se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.
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.
12. El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
13. Previo al ingreso a la sala de cirugía, el personal clínico autorizado que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
14. En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.
15. Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel. Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
16. Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea el circulante.
17. Se cumple lo señalado de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2.

## MISP.5/AESP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

### Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

#### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.5/AESP.5 ✍

La prevención y el control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, Los índices en aumento de infecciones asociadas a la atención médica 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 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.

Lo fundamental para erradicar las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud es la higiene adecuada de las manos (agua y jabón y/o gel con base de alcohol). 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:

- La monitorización de la calidad del agua (Medición del Cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente)
- Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
- Educación a pacientes y familiares.
- Capacitación al personal: clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.
- 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.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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 en Salud.

#### Elementos Medibles de la MISP.5/AESP.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/AESP.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

### ➔ PROPÓSITO DE LA MISP.6/AESP.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 evalúa intencionadamente el riesgo de caídas en todos los pacientes que acudan a establecimientos que ofrecen servicios ambulatorios, ya sea para recibir atención médica, para realizarse un procedimiento o un tratamiento, sobre todo si este puede incrementar el riesgo de sufrir una caída, ejemplos de este tipo de procedimientos o tratamientos son: cirugía ambulatoria, tratamiento de hemodiálisis, procedimientos endoscópicos, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo, la característica general en este tipo de procedimientos es que el riesgo que el paciente tiene de presentar una caída, puede cambiar al término del procedimiento.

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

La evaluación del riesgo de caídas, se caracteriza por lo siguiente:

- Realizarse de manera estandarizada a través de criterios específicos o una herramienta validada acorde a la población y a las características clínicas específicas de cada paciente o de un grupo de ellos (por ejemplo, pacientes pediátricos, pacientes psiquiátricos, pacientes ambulatorios).
  - La herramienta define criterios específicos, pudiendo adaptar o adoptar una escala para este fin.
  - La selección de los criterios o de la herramienta (o herramientas) utilizada será adecuada, siempre y cuando permita identificar a todos los pacientes con riesgo de presentar caídas acorde al contexto de la población atendida.
- 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.
- Reevaluarse al menos, en cada cambio de turno, al término del tratamiento o procedimiento realizado, cuando cambia el estado fisiológico del paciente, por ejemplo, al finalizar una sesión de hemodiálisis, posterior a la toma de muestra en laboratorio, al terminar un procedimiento odontológico (de acuerdo con el tipo de anestésico empleado y el tiempo de duración del procedimiento que pudiera incrementar/modificar el riesgo de caída).
- Registrarse en el expediente clínico, cuando así corresponda, de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios definidos por la organización y a las necesidades del paciente; así como utilizar un formato dinámico visible como alerta del paciente que indique el resultado de la valoración de riesgo de caídas.
- Como resultado de la evaluación y reevaluación, se implementan las medidas necesarias acordes al riesgo identificado.

También es importante señalar que, aunque en todos los pacientes se implementan acciones generales para prevenir caídas, el propósito de la evaluación es determinar el nivel de riesgo, y las acciones específicas en los casos de los pacientes identificados como de alto riesgo, estas acciones se implementan para brindar una mayor protección para estos pacientes. 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 analicen y se identifiquen los riesgos y los tipos de pacientes a quienes se brinda atención en la organización, para que con esta información puedan definirse adecuadamente los criterios específicos para

identificar el nivel de riesgo. Una vez identificado el nivel de riesgo de caídas de cada paciente, se implementan las medidas específicas con el propósito de disminuir la posibilidad de que se presenten caídas en los pacientes.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente, la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales de acuerdo a las características de sus pacientes con el fin de que, como resultado de la evaluación y reevaluación 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 acorde a la población de pacientes y los momentos oportunos son al menos cinco, si corresponde: en la evaluación inicial, cambio de turno, cambio de área, cambio fisiológico del paciente, término de tratamiento o procedimiento; esta evaluación es realizada por personal con las competencias necesarias.

### Elementos Medibles de la MISP.6/AESP.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 reevaluación de riesgo de caída. 📄
2. La organización implementa un instrumento o herramienta validada para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes. 📄
3. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.
4. El establecimiento determinó que personal tiene la función de la evaluación y reevaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes. 📄
5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.
6. Se evalúa el riesgo de caídas como parte de la evaluación inicial.
7. Se reevalúa a todos los pacientes siempre en cada cambio de turno y en cada cambio de área o servicio, cuando estas correspondan.
8. Se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.
9. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.
10. La organización realiza la evaluación de caídas de los pacientes ambulatorios y para aquellos que cumplan los criterios, toman las medidas necesarias para reducir el riesgo de caída. (Elemento Medible exclusivo Hospitales)
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.
13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente. 📄

#### Nota:

Referente a la Acción Esencial para la Seguridad de los Pacientes 7, dicha se encuentra vinculada al Estándar de QPS.4 y la Acción Esencial para la Seguridad de los Pacientes 8, se encuentra vinculada al Estándar de GLD.2.1.



# APARTADO.2 ESTÁNDARES

**SISTEMAS CRÍTICOS**

MANEJO Y USO  
DE LOS MEDICAMENTOS

*Medication Management and Use*





---

**MMU**

**MEDICACIÓN**

**MANEJO Y USO DE LOS MEDICAMENTOS**  
**MMU – MEDICACIÓN**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>INTEGRACIÓN CON EL MODELO</b>			
MMU.1	La organización integra un Sistema de Medicación		
MMU.1.1	El desarrollo del Sistema Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	⇒	
MMU.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
MMU.1.3-AMB	La organización implementa acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos		
<b>CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN</b>			
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		
<b>RECURSOS DEL SISTEMA</b>			
MMU.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación		
<b>SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</b>			
MMU.4	Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles	⇒	
MMU.4.1	La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario		
MMU.4.2	La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles		
<b>ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS</b>			
MMU.5	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura	⇒	
MMU.5.1	Se han definido consideraciones de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales		
MMU.5.2	Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura		
MMU.5.3	Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos		
<b>PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</b>			
MMU.6	Existe un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos basado en barreras de seguridad	⇒	
MMU.6.1	Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos	⇒	
MMU.6.2	Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones	⇒	
MMU.6.3	Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos	⇒	

MMU.6.4	Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos	⇒		III
<b>DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</b>				
MMU.7	Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico	⇒		
MMU.7.1	Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos	⇒		
MMU.7.2	Los productos y/o medicamentos estériles se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico			
MMU.7.3	Los medicamentos se etiquetan de manera segura	⇒		
MMU.7.4	Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis	⇒		
<b>ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</b>				
MMU.8	Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos	⇒		
MMU.8.1	La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción	⇒		
MMU.8.2	Se ha definido un proceso que guía procesos especiales de administración de los medicamentos			
<b>CONTROL</b>				
MMU.9	Se implementan actividades de Farmacovigilancia	⇒		
MMU.9.1	Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación			

## INTEGRACION DEL MODELO

### ESTÁNDAR MMU.1

#### La organización integra un Sistema de Medicación.

#### PROPÓSITO DE MMU.1

Los establecimientos que ofrecen servicios de atención ambulatoria desarrollan un Sistema de Medicación que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios, ÁREAS y tipos de pacientes a quienes brinda atención, además, este sistema, debe integrar si corresponde al contexto de la Organización 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 con calidad y seguridad.

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 competencias. 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, incluye 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. Se ha desarrollado un Sistema de Medicación que integra las siguientes fases, siempre y cuando correspondan al contexto de la organización.
  - 1.1. Selección y adquisición.
  - 1.2. Almacenamiento.
  - 1.3. Prescripción.
  - 1.4. Transcripción.
  - 1.5. Distribución / Dispensación.
  - 1.6. Preparación.
  - 1.7. Administración.
  - 1.8. Control.
2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la f) definidos en el propósito.
3. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Medicación se documenta en un Plan. 

### **ESTÁNDAR MMU.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

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

#### **➔ PROPÓSITO DE MMU.1.1**

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** que incluye desde la selección y adquisición hasta la fase de control posterior a la administración de medicamentos, cuando corresponda.

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 mejorar los resultados de los procesos y hacerlos más seguros.

El sistema de medicación está alineado a la metodología definida por la organización para identificar, priorizar, analizar y gestionar los riesgos observados, en un riesgo prioritario identificado en el sistema de medicación, se implementa **una buena práctica** para mejorar la seguridad del paciente.

Una buena práctica es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan.

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.1.1**

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 en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.

### **ESTÁNDAR MMU.1.2**

**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.1.2**

Como resultado de la monitorización y la supervisión multidisciplinaria del sistema de medicación, se identifican y recolectan datos e información relacionados con áreas de oportunidad identificadas en la implementación de los procesos, en la capacitación, en los resultados de la evaluación del desempeño del personal y, en la notificación y análisis de errores de medicación, dichos datos, deben analizarse con el objetivo de mejorar e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar errores de medicación.

### Elementos Medibles de MMU.1.2

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.

### ESTÁNDAR MMU.1.3

#### La organización implementa acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos

##### ★ PROPÓSITO DE MMU.1.3

La sobreutilización y el uso inadecuado de los antibióticos han dado lugar al crecimiento de bacterias multirresistentes. Además de la multirresistencia, a menudo se producen efectos secundarios o complicaciones del tratamiento antibiótico, incluyendo la adquisición de *Clostridium difficile*, daño al riñón o al hígado, pérdida de la audición, anemia hemolítica entre otras.


Los profesionales del cuidado de la salud contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas de distintas maneras, por ejemplo, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado, prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado.

Con el fin de reducir el desarrollo y la difusión de bacterias multirresistentes y de producir mejores resultados en los pacientes, la organización define e implementa acciones para la optimización de los antibióticos.

La organización define e implementa acciones de optimización del uso de antibióticos, el cual se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente e incluye al menos:

- Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias (cuando se cuente con el servicio de microbiología en el establecimiento);
- Educación al personal sobre el uso óptimo de antibióticos.
- Adaptación e implementación de las directrices de práctica aceptadas para los diagnósticos más frecuentes relacionados al uso y abuso de antibióticos.
- Adaptación e implementación de las directrices de práctica aceptadas para uso óptimo y apropiado de la profilaxis antibiótica.
- Un mecanismo de supervisión a cargo de una persona, un grupo de trabajo pequeño, un comité, un equipo especial, o algún otro mecanismo.

### Elementos Medibles de MMU.1.3

1. La organización define acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos. 
2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente.
3. Las acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos, incluye al menos:
  - 3.1. Directrices para el uso óptimo de antibióticos para el tratamiento de los diagnósticos más frecuentes relacionados al uso y abuso de antibióticos.
  - 3.2. Directrices para el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica.
  - 3.3. Educación e Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias.
4. Las acciones están implementadas en la organización.
5. Existe un mecanismo para supervisar el programa y monitorear su efectividad.
6. Se toman decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.

## 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 de 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 (ESTÁNDAR INSDISPENSABLE)

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

#### ESTANDAR MMU.4.1

La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario

#### 🔗 PROPÓSITO DE MMU.4 y ★ MMU.4.1 ✍️

Cada organización debe establecer un listado de medicamentos y mantener un 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 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.

#### 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 y reacciones adversas.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

### Elementos Medibles de MMU.4.1

1. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos. 📄
2. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
3. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado. 📄
4. El proceso de monitorización está implementado.

### ESTÁNDAR MMU.4.2 (ESTÁNDAR INSDISPENSABLE)

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

#### ➡ PROPÓSITO DE MMU.4.2 ✍️

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 cuenta 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.4.2

1. La organización ha definido un proceso para obtener o proveer medicamentos que no estén disponibles. 📄
2. 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.
3. Existe un proceso implementado para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o los medicamentos están bajo llave.
4. 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 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

#### ➔ 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:

- Resguardarlos y almacenarlos bajo condiciones adecuadas para su estabilidad, por ejemplo, humedad relativa, temperatura y luz ambiental;
- Protegerlos contra robo o extravío en toda la organización;
- Dar cumplimiento a la legislación aplicable vigente relacionada con los medicamentos controlados;
- Etiquetarlos adecuadamente con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- Llevar a cabo barreras de seguridad relacionadas con los medicamentos de alto riesgo;
- Inspeccionar periódicamente todas las áreas para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados (incluyendo ambulancias, si corresponde).

#### 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.
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 incluyendo ambulancias (si corresponde), 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 de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales.

#### PROPÓSITO DE MMU.5.1 ✍

La organización define procesos que guían la manera de almacenar algunos tipos de medicamentos especiales, el proceso incluye la recepción, identificación y todo tipo de distribución, cuando corresponda al contexto de la Organización para, al menos, los siguientes:

- Radiofármacos;
- Medicamentos experimentales;
- Medicamentos de muestra;
- Otros definidos por la organización, por ejemplo, los que el paciente trae consigo.

#### 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 para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización se encuentra implementado.

## ESTÁNDAR MMU.5.2

**Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados 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, de acuerdo con los servicios que presta, además determina los sitios donde serán almacenados, por ejemplo, en un consultorio o clínica dental, el botiquín de urgencias puede contener medicamentos para tratar una reacción anafiláctica, broncoespasmo, crisis hipertensiva, una sospecha de reacción adversa al anestésico, hipotensión ortostática, entre otros.

A fin de garantizar el acceso y resguardo de estos medicamentos, la organización implementa procesos para mantenerlos organizados y facilitar el manejo durante una situación de urgencia, además de establecer procesos para evitar el abuso, robo o extravío y para asegurar que estos medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o caducan, por consiguiente, se encuentran en un lugar visible y al alcance del personal capacitado para atender la urgencia. Por lo tanto, 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, 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 reemplazan 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 recibir y actuar, en relación con las alertas de retiros de medicamentos emitidos por una instancia regulatoria nacional y/o internacional.
2. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).
3. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos o vencidos.
4. 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.
5. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentada. 

## PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

### ESTÁNDAR MMU.6. (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

#### ➔ PROPÓSITO DE MMU.6. ✍

La organización diseña un proceso para la prescripción segura de los medicamentos, a fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo cuando corresponda, colaboran para diseñar y controlar dicho proceso.

El proceso implementado se verá reflejado en que se registren/documenten prescripciones completas y seguras, el proceso contempla las buenas prácticas para la prescripción (incluyendo abreviaturas universales, decimales, puntos y comas) y en la legislación aplicable vigente.

La organización describe en el proceso de indicación médica, cómo se van a llevar a cabo cada uno de los siguientes puntos, ya sea en receta médica y/o en expediente clínico:





- 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 contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente y acorde a los servicios brindados, por ejemplo, en una prescripción en el servicio de cirugía ambulatoria, un requisito puede ser la velocidad de infusión y en el servicio de consulta externa la duración del tratamiento al egreso.
- c) La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”, si corresponde al contexto de la organización, por ejemplo, especificar cual será la “razón necesaria” en una prescripción de paracetamol, “Paracetamol, 500 mg cada 8 horas en caso de fiebre de 38°C”.
- d) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo, escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos); si corresponde al contexto de la organización. Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse si corresponde al contexto de la organización.
- e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal, si corresponde al contexto de la organización.
- f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse si corresponde al contexto de la organización.
- g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo y que deben ser resguardados por el personal de enfermería.
- h) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos, si corresponde al contexto de la organización.
- i) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones cuya dispensación se repite a lo largo del tiempo o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática). Por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días o prescribir medicamento de larga duración en la medida que se vaya agotando o por periodos cortos de hasta tres meses con justificación clínica del paciente por médico prescriptor.

La organización define el proceso de prescripción segura y completa para la Nutrición Parenteral Total (NPT), con al menos los siguientes puntos:

- j) Los requisitos especiales para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT), de acuerdo con lo estipulado en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3C, tiene que contar por lo menos con los siguientes datos:
  - Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

- Peso del paciente.
- Número de expediente.
- Servicio que solicita.
- Fecha y hora de solicitud.
- Componentes de la mezcla.
- Glucosa kilo minuto.
- Concentración de la mezcla.
- Calorías Totales.
- Kilocalorías.
- Nombre del médico solicitante.
- Cédula profesional de quien la solicita.

#### **Elementos Medibles de MMU.6.**

1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura, que al menos incluya, los incisos del a) al i) definidos en el propósito, de acuerdo al contexto de la organización. 
2. La organización ha diseñado un proceso para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT) de manera segura, que al menos incluya, el inciso j) definido en el propósito, cuando corresponda al contexto de la organización. 
3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales. 
4. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas. 
5. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.
6. Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.

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

**Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.**

##### **➔ PROPÓSITO DE MMU.6.1**

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 acordes a la legislación aplicable vigente. Se pueden establecer límites al personal en cuanto a 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.6.1**

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 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.6.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

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

##### **➔ PROPÓSITO DE MMU.6.2**

La transcripción en cualquier fase del sistema es un proceso que por sí mismo conlleva un riesgo, sin embargo, en el entorno de la atención clínica, se observa una alta incidencia de errores de medicación asociadas a las transcripciones

realizadas entre la prescripción médica y la administración de medicamentos, por ejemplo, de las indicaciones medicas a la Hoja de Enfermería, al Perfil Farmacoterapéutico, entre otros.

Por lo tanto, personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo primero identifican los momentos en los que se realiza la transcripción entre el proceso de prescripción y administración, los plasma en un listado y con base en este listado, define un proceso para disminuir la probabilidad de error.

Las transcripciones de medicamentos ilegibles, incompletas y 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.

El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las prescripciones, ya sea el personal de enfermería, personal médico, personal en formación, nutriólogos o por cualquier otro profesional clínico autorizado.

### **Elementos Medibles de MMU.6.2**

1. La organización ha definido a partir de un análisis multidisciplinario el proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
  - 1.1. El listado de los momentos donde se realiza la transcripción.
  - 1.2. Las barreras de seguridad a implementar.
  - 1.3. Las acciones por seguir en caso de identificar transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.
2. El proceso está implementado acorde a lo definido por la organización.

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

**Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos.**

#### **➤ PROPÓSITO DE MMU.6.3**

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 se obtiene, a partir de un interrogatorio al paciente o su familia y/o cuidador principal, un listado de los medicamentos que el paciente toma para que en el momento entre la nueva prescripción hecha por el médico, se comparan 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 toma con la nueva prescripción, asegurando que las personas reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas.

En los servicios de atención ambulatoria la lista de los medicamentos que el paciente toma se obtiene al ingreso al establecimiento o durante la consulta médica, esta lista es comparada al momento de la nueva prescripción, también el riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente, por ejemplo, en los casos de cirugía de corta estancia, 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.

El proceso de Conciliación consta de los siguientes elementos:



- Se obtiene el listado de medicamentos que el paciente tomaba antes de su ingreso o consulta médica (tanto medicamentos de ingesta crónica como aquéllos que ingirió antes de su ingreso);
- Este listado se incluye en el expediente clínico;
- El listado incluye al menos: sustancia activa, vía de administración, dosis, frecuencia y duración del tratamiento.
- 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** o en la **primera consulta médica** se compara el listado de medicamentos que el Paciente tomaba antes de su ingreso o consulta médica 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 quirófano a recuperación, etc.) se compara la última prescripción realizada en el servicio o área de egreso con la primera prescripción que se realiza en el servicio o área al que ingresa;
  - Cuando hay **cambio de médico tratante** se compara la última prescripción que realizó el médico tratante previo con la primera 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, en los establecimientos de atención ambulatoria donde aplique.
- Cuando el proceso de conciliación de medicamentos da como resultado la detección de discrepancias, el médico, basado en la información, tomará la decisión de continuar con la prescripción, realizar cambios o suspender.

### Elementos Medibles de MMU.6.3

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 o durante la evaluación médica; 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 en centros ambulatorios.
4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio, cuando corresponda.
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, cuando corresponda.

MMU.6.4 Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos. (CATÁLOGO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDAR HOSPITALES)

## 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 las mejores prácticas para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico, ya sea en el consultorio (preparación de medicamento inyectable, por ejemplo), áreas de atención a pacientes, servicios farmacéuticos u otros. En todas las áreas donde se preparan y dispensan medicamentos se implementan las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara medicamentos está capacitado en técnicas asépticas.

En todas las áreas donde se preparan y dispensan medicamentos se implementan las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara medicamentos está capacitado en técnicas asépticas.

Si en la organización se 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 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

#### ⇒ PROPÓSITO DE MMU.7.1

En los servicios de atención ambulatoria donde se dispensa y distribuye medicamentos, los procesos se realizan 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**. Por lo que, todos los medicamentos que se utilicen en la atención de los pacientes tienen que estar registrados en el servicio de farmacia, rotulados adecuadamente, incluyendo fecha de caducidad y lote. Y en cualquier área del establecimiento queda prohibido el trasvase de medicamento o sustancias que se pretendan administrar al paciente por cualquier vía.

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 a su proceso. En caso de dudas, no se entrega el medicamento, y se debe contactar con el médico que prescribió para realizar la aclaración.

El proceso de dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.

### Elementos Medibles de MMU.7.1

1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.
3. El sistema respalda la dispensación precisa y oportuna.
4. La dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.
5. El personal de la farmacia verifica la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.
6. Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que estar registrado en el servicio de farmacia y rotulado adecuadamente, incluyendo la fecha de caducidad y el lote.
7. Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.

### ESTÁNDAR MMU.7.2

**Los productos y/o medicamentos estériles se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico.**

#### ★ PROPÓSITO DE MMU.7.2

Los medicamentos o productos que requieren medio estéril para su preparación (por ej. terapias de infusión parenteral de antibióticos, quimioterapias, mezclas de varios medicamentos etc.) se preparan y se dispensan en un entorno higiénico y seguro y, además, toma en cuenta la legislación aplicable vigente, esto cuando corresponda al contexto de servicios que presta la organización.

La organización identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara los productos parenteral está capacitado en técnicas asépticas. Asimismo, se cuenta con equipo y materiales de protección disponibles para el personal que lo prepara, 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. Los medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad, se preparan y se dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.
3. El personal que prepara los productos / medicamentos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

### ESTÁNDAR MMU.7.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

**Los medicamentos se etiquetan de manera segura.**

#### ↪ 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 de corta estancia, 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 verse 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 para un mismo paciente.**

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 administra, la verificación se realiza al comparar el etiquetado contra lo prescrito en el expediente clínico y/o los datos de identificación del paciente.

### 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 incisos de la a) a la g) definidos en el propósito.
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.**

#### ➔ 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 se realiza al momento de su apertura e incluye al menos, la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

### 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 (INDISPENSABLE)

Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos.

#### ➔ 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.

#### Elementos Medibles de MMU.8

1. 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, la organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos.
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 en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas 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.

#### ➔ PROPÓSITO DE MMU.8.1

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

- la identidad del paciente acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1;
- el medicamento prescrito;
- la caducidad;
- la hora y la frecuencia de administración prescritas;
- la dosis y/o concentración prescrita;
- la vía de administración prescrita;
- la velocidad de infusión; y
- otros, si la organización así lo define.

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

#### 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 y/o concentración 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 la organización autoriza alguno de los procesos anteriores, se definen de manera multidisciplinaria procesos que incluyan barreras de seguridad para una administración segura y se supervisa que se lleven a cabo conforme al proceso.

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.

Si corresponde, la organización a efecto de garantizar el uso adecuado y el almacenamiento correcto de medicamentos deberá implementar un mecanismo para la devolución a farmacia de los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, o bien realizar el protocolo que cada organización defina. Así también, a efecto de mejorar la continuidad de la atención, en caso de que se omita administrar un medicamento, la enfermera tiene que registrarlo en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró, con el propósito de que el siguiente profesional de la salud tenga conocimiento de la omisión y tome las medidas pertinentes.

#### **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.
7. Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, tiene que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada organización defina.
8. En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

## CONTROL

### ESTÁNDAR MMU.9 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

**Se implementan actividades de Farmacovigilancia.**

#### ➔ PROPÓSITO DE MMU.9

La Farmacovigilancia incluye las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro posible problema relacionado con los fármacos. Por lo anterior, 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 para detectar Reacciones Adversas a Medicamentos, (RAM), Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM), Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) u otras esperadas, como los efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se pueden ajustar cuando sea necesario. El 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 para la identificación, notificación y evaluación de los reportes de casos de SRAM, RAM, ESAVI tanto las esperadas como las inesperadas. La notificación se realiza en el formato oficial de COFEPRIS, para hacer del conocimiento al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) en el marco de la normatividad vigente.

La sospecha de reacción adversa a medicamentos (SRAM) o una reacción adversa a medicamento (RAM grave) deberá ser reportada máximo 7 días naturales después de su identificación. Cuando se trate de 2 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente sin exceder 48 horas. Los eventos atribuidos a la vacunación deben ser reportados sin exceder 48 horas.

El proceso incluye la capacitación al personal para la identificación y notificación de SRAM, RAM, ESAVI.

#### Elementos Medibles de MMU.9

1. Se cuenta con un proceso implementado para la Farmacovigilancia.
2. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.
3. Las Reacciones Adversas a Medicamentos, sospecha de reacción adversa a medicamento y/o un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
4. Las Reacciones Adversas a Medicamentos y las sospechas de reacción adversa, así como los eventos atribuidos a la vacunación se notifican dentro del marco de tiempo de la legislación aplicable vigente, en el formato oficial para la Farmacovigilancia.

### ESTÁNDAR MMU.9.1

**Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación.**

#### 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.

#### **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

## INFECCIONES

**PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES**  
**PCI – INFECCIONES**  
**Catálogo Único Nacional de Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>INTEGRACIÓN CON EL MODELO</b>			
PCI.1	La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones		
PCI.1.1	El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	⇒	
PCI.1.2	La organización implementa paquetes de medidas o “bundles” encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	⇒	
PCI.1.3	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		
<b>CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES</b>			
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		
<b>RECURSOS DEL SISTEMA</b>			
PCI.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones	⇒	
<b>ENFOQUE DEL SISTEMA</b>			
PCI.4	La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.		
PCI.5	En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución Estándar	⇒	
PCI.6	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo		
PCI.6.1	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo de un solo uso		
PCI.7	La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa		
PCI.8	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos		
PCI.9	La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería		
PCI.10	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos		
PCI.11	La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones		

PCI.12	La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación	
PCI.13-AMB	La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones y medios de transporte.	
PCI.14	La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis	
<b>CONTROL DEL SISTEMA</b>		
PCI.15	La organización realiza actividades de control de las infecciones	

## INTEGRACIÓN CON EL MODELO

### ESTÁNDAR PCI.1

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

#### PROPÓSITO DE PCI.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, siempre y cuando se realicen en la organización

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud;
- Vigilancia epidemiológica;
- Precauciones estándar y específicas 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 considerando el 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 de dichos procesos;
- 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, 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.

## Elementos Medibles de PCI.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, si corresponde al contexto de la Organización, al menos, las siguientes áreas de enfoque:
  - 5.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
  - 5.2. Vigilancia epidemiológica.
  - 5.3. Precauciones estándar en la atención de la salud.
  - 5.4. Esterilización y desinfección.
  - 5.5. Limpieza.
  - 5.6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
  - 5.7. Manejo de ropa.
  - 5.8. Alimentación.
  - 5.9. Reúso de Desechables.
  - 5.10. Hemodiálisis.
  - 5.11. Procesos de medicación.
  - 5.12. Salud y Seguridad de los trabajadores.
  - 5.13. Supervisión de la calidad del agua.
  - 5.14. Servicio de Ambulancias.
  - 5.15. Vacunación.
  - 5.16. Mantenimiento y Controles de ingeniería.
  - 5.17. Seguridad en construcciones o remodelaciones.
6. La integración del sistema incluye al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
7. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan. 

### ESTÁNDAR PCI.1.1 (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.1.1

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 buena práctica con el propósito de prevenir eventos adversos o centinela.

De acuerdo al contexto de la organización, la buena práctica podrá basarse en primer lugar en los datos, riesgos y los procesos que afectan:


- las vías respiratorias, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;
- 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.;
- los dispositivos intravasculares invasivos, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- los sitios quirúrgicos, tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;
- las enfermedades y los organismos más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; y
- las infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.

Las organizaciones podrán implementar una Buena Práctica diferente con el enfoque de Prevención de Infecciones siempre que represente un riesgo prioritario más importante.

La medición de la buena práctica puede ser incluida dentro de los indicadores del plan de calidad cuando así lo determine la organización.

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.1.1**

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 en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.

PCI.1.2 La organización implementa paquetes de medidas o “bundles” encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

#### **ESTÁNDAR PCI.1.3**

**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.

### 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 Asociadas a la Atención en Salud.

### 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 Asociadas a la Atención en Salud.



## RECURSOS DEL SISTEMA

### ESTÁNDAR PCI.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

#### ➔ 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 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, (esto es: la determinación de criterios para definir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, 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 correspondiente).

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, acorde al contexto de la organización.
2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica.
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 Asociadas a la Atención en Salud.

## ENFOQUE DEL SISTEMA

### ESTÁNDAR PCI.4

**La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.**

#### PROPÓSITO DE PCI.4

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda, implementa medidas de prevención y acciones de vigilancia epidemiológica a través de:

- Analizar la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas;
- Identificar áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
- Realizar mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
- Coordinar las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.

De acuerdo al contexto de cada organización se identifican las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, los dispositivos y los procedimientos asociados, todo esto tiene el propósito de implementar acciones para reducir el riesgo y en consecuencia la incidencia de las infecciones.

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

- las **vías respiratorias**, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;
- 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.;
- los **dispositivos intravasculares invasivos**, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- los **sitios quirúrgicos**, tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;
- las **enfermedades y los organismos más frecuentes** desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; y
- las **infecciones emergentes o reemergentes** 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 epidemiológicos de enfermedades infecciosas.

#### Elementos Medibles de PCI.4

1. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, analiza la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas.
2. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, identifica áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
3. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, realiza mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
4. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, coordina las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.
5. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioridades.
6. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioridades.

7. Los dispositivos invasivos se incluyen como prioridades.
8. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.
9. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.
10. Las infecciones emergentes o reemergentes 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. 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. Por ello, la organización debe definir un formato de alerta (medidas de precaución estándar) para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

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 atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y Buenas Prácticas 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.
8. La organización define un formato de alerta para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. 

#### **ESTÁNDAR PCI.6**

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

#### **PROPÓSITO DE PCI.6**

La organización diseña procesos para la limpieza, desinfección y esterilización adecuada de los materiales, dispositivos y equipos, que minimizan los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

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 endoscopia, 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 personal está capacitado en los procesos para la de limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.

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.6**

1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización para materiales, dispositivos y equipos. 📄
2. La organización implementa procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
3. Existe un proceso coordinado y periódico de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
4. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de materiales, dispositivos y equipo.
5. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.

#### **ESTÁNDAR PCI.7**

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

#### **PROPÓSITO DE PCI.7** ✍️

La organización diseña procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y contaminada, que minimizan los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

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. Estos procesos se llevan a cabo de tal forma que se minimicen los riesgos de contaminación e infección. Estos procesos son supervisados de manera periódica.

El personal está capacitado en los procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y contaminada en toda la organización.

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

## ESTÁNDAR PCI.8

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

### PROPÓSITO DE PCI.8


La organización diseña un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, que minimiza los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

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, por ejemplo: el personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección, 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.

La ruta de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos se debe realizar conforme la señalización de la circulación colocada desde las áreas generadoras hasta el almacén temporal, con horarios que minimizan el riesgo de infección, por lo que es importante contar con un listado de todas las áreas generadoras que permita la trazabilidad de los contenedores. De igual forma se debe registrar en la bitácora de recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos datos específicos como: fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.

Cuando a la organización se le proporcionan estos servicios relacionados con el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos 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 define un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio. 
2. El personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección.
3. La organización identificó y realizó un listado que contiene todas las áreas o servicios generadores de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
4. Se realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos de acuerdo a la señalización de la circulación de los contenedores y está colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal, con horarios definidos que minimizan el riesgo de infección.
5. Se registra en bitácora de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos datos específicos: fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.
6. Se implementa un proceso seguro de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.
7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
8. Si corresponde al contexto de la Organización, el manejo y desecho de sangre y hemoderivados se realiza de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.
9. La organización se ocupa de que el destino final de estos desechos se lleve acorde a la legislación aplicable vigente.
10. La organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.

## ESTÁNDAR PCI.9

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

### PROPÓSITO DE PCI.9


La organización diseña un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones, que minimiza el riesgo de infección. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

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. Por ejemplo, es importante llevar a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor y a la legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

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 define un proceso para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones. 
2. Se lleva a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor.
3. 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.
4. 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.

## ESTÁNDAR PCI.10

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

### PROPÓSITO DE PCI.10

La organización diseña un proceso seguro para el manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

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.

Los servicios de atención ambulatoria que manejan alimentos implementan 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 define un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. 📄
2. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. (Si corresponde)
3. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
4. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
5. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
6. La distribución de los alimentos se controla para garantizar la seguridad.
7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.
8. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.
9. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen nivel de cloración, así como la búsqueda intencionada de Microorganismos relacionados con los brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud que se presenten en la organización. (Si corresponde)

#### **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, suciedad y humedad; debido a esta situación hay un alto riesgo de infección por hongos (por ejemplo, *Aspergillus*).

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, rutas alternas de tránsito de personas o implementos, 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**

Si la organización de atención ambulatoria maneja y usa medicamentos o vacunas 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, medicamentos que

requieren refrigeración, 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

La organización diseña los siguientes procesos seguros para minimizar el riesgo de infección:

- Proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte;
- Proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes;
- Proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones.

El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas. El personal está capacitado en dichos procesos, en toda la organización.

El ambiente ambulatorio puede contribuir al riesgo de infecciones en pacientes, familiares, personal de salud y visitantes, en este se incluyen áreas físicas tales como pasillos, habitaciones y salas de internamiento, pacientes, zonas donde se encuentran y circulan los familiares y visitantes; así como equipos y/o dispositivos utilizados para la atención de pacientes.


Además de la limpieza y desinfección de superficies inertes camillas, sillas de ruedas, superficies, ambulancias, etc., por lo tanto, la organización implementa procesos adecuados de limpieza y desinfección para minimizar los riesgos de infección.

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.

La organización debe realizar un listado con enfoque multidisciplinario, de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio.

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 organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte. 



2. Con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio, la organización realiza un listado con enfoque multidisciplinario de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente. 📄
3. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes. 📄
4. La organización define un proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones. 📄
5. 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.
6. La limpieza y desinfección de las superficies inertes es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.
7. 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.

#### **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**

Si la Organización de atención ambulatoria proporciona servicios de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, la organización implementa procesos seguros que minimicen los riesgos de infección asociados con, al menos, los siguientes puntos:

- Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis;
- Manejo de accesos vasculares;
- Características de la atención de pacientes seropositivos;
- Reúso de filtros, si corresponde.

Cuando se reutilizan los filtros, existen políticas que guían dicha práctica de acuerdo a la normatividad aplicable vigente

El procedimiento de reprocesamiento de los filtros de diálisis, garantiza la seguridad del paciente y se realiza de acuerdo a la normatividad vigente. El proceso se asegura de al menos lo siguiente:

- La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.
- El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.
- El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
- La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.

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 reemplazo renal con hemodiálisis.
2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:
  - 2.1. Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
  - 2.2. Manejo de accesos vasculares.
  - 2.3. Atención de pacientes seropositivos.
  - 2.4. La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.

- 2.5. El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.
  - 2.6. El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
  - 2.7. La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.
3. Se cumple con lo definido por la organización.

## CONTROL DEL SISTEMA

### ESTÁNDAR PCI.15

**La organización realiza actividades de control de las infecciones.**

#### PROPÓSITO DE PCI.15

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, se deben rastrear y analizar, en forma intencionada, las tasas, los patrones y las tendencias de las infecciones. Para lo cual se 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 pueden 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.

La DGCES cuenta, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php>.

#### Elementos Medibles de PCI.15

1. Se rastrean las tasas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
2. Se analizan los patrones y las tendencias de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
3. El control emplea indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
4. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.
5. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con las de otras organizaciones.
6. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud 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 Asociadas a la Atención en Salud, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.

# GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

*Facility Management and Safety*

---

# FMS

## INSTALACIONES

**GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES**  
**FMS – INSTALACIONES**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>INTEGRACIÓN CON EL MODELO</b>			
FMS.1	La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		
FMS.1.1	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	⇒	
FMS.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
<b>CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES</b>			
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		
<b>RECURSOS DEL SISTEMA</b>			
FMS.3	Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		
<b>PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN</b>			
FMS.4	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	⇒	
FMS.4.1	La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido		
<b>MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS</b>			
FMS.5	La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos		
<b>SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO</b>			
FMS.6	La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo		
FMS.6.1	El programa se prueba, al menos, dos veces por año		
<b>EQUIPO BIOMÉDICO</b>			
FMS.7	La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico	⇒	
FMS.7.1	El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo biomédico para planear las necesidades a largo plazo de la organización		
<b>SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN</b>			
FMS.8	La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación		
FMS.8.1	Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras		

FMS.8.2	Se controla periódicamente la calidad del agua	↻
FMS.8.3	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	
FMS.8.4	La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación	
<b>GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS</b>		
FMS.9	La organización desarrolla e implementa un programa para la gestión de emergencias dentro de la comunidad	✍
FMS.9.1	Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres	

## INTEGRACIÓN CON EL MODELO

### ESTÁNDAR FMS.1

**La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.**

#### PROPÓSITO DE FMS.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 biomédico;
- 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, dé 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. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:
  - 1.1. Protección de la organización.
  - 1.2. Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
  - 1.3. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
  - 1.4. Equipo biomédico.
  - 1.5. Servicios prioritarios para la operación.
  - 1.6. Manejo de emergencias externas.
2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la g) definidos en el propósito.
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.1.1 (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.1.1 ✍

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:

- Protección de la organización;
- Materiales, sustancias y residuos peligrosos;
- Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo;
- Equipo biomédico;
- 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:

- Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos);
- Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío);
- Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte);
- Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos);
- 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.1.1

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 biomédico 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.1.2**

**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.1.2**

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.1.2**

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, 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.

Para definir los contenidos de la capacitación se toma en cuenta los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye los resultados del 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.

## RECURSOS DEL SISTEMA

### ESTÁNDAR FMS.3

**Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.**

#### PROPÓSITO DE FMS.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones. La implementación de los procesos que integran el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones necesita de la gestión de los recursos para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización. Estos recursos incluyen inversión en infraestructura, insumos y personal competente entre otros.

Para llevar a implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la gestión de todos los aspectos relacionados con la seguridad de las Instalaciones tomando como referencia la normatividad aplicable, así como las buenas prácticas relacionadas.

La limitación del personal no es impedimento para una adecuada gestión de recursos, ya que se puede llevar a cabo una adecuada gestión de los recursos mediante la estructuración de análisis, presupuestos y el ejercicio de estos destinados a la seguridad de las instalaciones por citar un ejemplo.

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 FMS.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, acorde al contexto de la Organización.
2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
3. 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 Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

## PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

### ESTÁNDAR FMS.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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.4.1

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

#### ➔ PROPÓSITO DE FMS.4 Y FMS.4.1

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. La organización debe establecer la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido, de acuerdo con la normativa vigente.

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, 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.

#### Elementos Medibles de FMS.4

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.4.1

1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización. 📄
2. El programa se fundamenta en la(s) 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 está 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.
9. La organización ha establecido la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido.

## MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS

### ESTÁNDAR FMS.5

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

#### PROPÓSITO DE FMS.5

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, en apego a la normatividad aplicable vigente, esta información incluye, entre otros: 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 uso adecuado del equipo de protección personal y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición.
- d) Las medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.
- e) El control y destino final de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

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.5

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 el cual integra al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 
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.6

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.6.1

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

#### PROPÓSITO DE FMS.6 Y FMS.6.1

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 define 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:

- 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.
- El proceso para probar todo el programa o parte del mismo, al menos, dos veces por año (simulacros).
- La participación del personal en, al menos, un simulacro de seguridad contra incendios por año.
- La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia.
- 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.6

1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 
2. El programa está implementado en toda la organización.

### **Elementos Medibles de FMS.6.1**

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con la frecuencia definida por la legislación vigente.
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 BIOMÉDICO

### ESTÁNDAR FMS.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico.

#### ESTÁNDAR FMS.7.1

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

#### 🔄★ PROPÓSITO DE FMS.7 📝 y FMS.7.1

La gestión adecuada del equipo biomédico es esencial para brindar una atención segura a los pacientes, así como condiciones de trabajo seguras para el personal.

La organización implementa un Programa para la Gestión del Equipo Biomédico el cual se basa en la identificación y la realización de un listado del mismo que incluye además de lo propio, el equipo rentado y en comodato, cuando corresponde.

A fin de asegurar que todo el equipo biomédico esté disponible 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 biomédico 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 a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
- d) En el caso de los equipos que requieren ser calibrados, contar con la trazabilidad de las calibraciones. Es decir, se cuenta con la relación documentada entre la exactitud del instrumento calibrador y los patrones de un laboratorio nacional o internacional reconocido como patrón de referencia. (Por ejemplo, la calibración de los Joule en los desfibriladores, entre otros que considere la organización).
- e) 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.
- f) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo biomédico.
- g) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.
- h) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente y a los procesos definidos.

El programa incluye las actividades que emanan del Comité de Tecnovigilancia con relación al apartado de tecnología biomédica, dicho Comité se integra acorde a la legislación aplicable vigente y toma en cuenta el resto de los dispositivos médicos del establecimiento.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado y/o cuenta con equipo biomédico rentado 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.7

1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo biomédico que se maneja en la organización (propio, rentado y/o en comodato). 📄
2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo biomédico que incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Se tienen implementadas actividades de Tecnovigilancia.
5. El equipo biomédico se inspecciona regularmente.
6. El equipo biomédico se prueba cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.
7. Se da mantenimiento preventivo al equipo biomédico.
8. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.
9. Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.

### Elementos Medibles de FMS.7.1

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

## SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN

### ESTÁNDAR FMS.8

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

#### PROPÓSITO DE FMS.8

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 Único de Evaluación de la Calidad, 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, puede llegar a proporcionarse durante las 24 horas, todos los días de la semana, es fundamental en estos casos contar con un suministro/funcionamiento ininterrumpido de los servicios prioritarios y en el resto de los establecimientos controlar y gestionarlos de manera que cuando sean requeridos se cuente con ellos de manera segura.



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.

Particularmente para las clínicas de hemodiálisis el agua es uno de los insumos básicos para el tratamiento del paciente por lo que la organización busca fuentes alternas de abastecimiento ininterrumpido que garanticen durante los horarios de atención del paciente cubrir con las necesidades de los pacientes en la clínica, estas fuentes pueden ser regulares o alternas.

#### Elementos Medibles de FMS.8

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 incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito. 
3. El programa está 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.

### ESTÁNDAR FMS.8.1

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

#### **ESTÁNDAR FMS.8.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

Se controla periódicamente la calidad del agua.

#### **ESTÁNDAR FMS.8.3**

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.8.1, FMS.8.2 Y FMS.8.3**

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 empleadas para la terapia de reemplazo 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.8.1**

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.8.2**

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.8.3**

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.8.4**

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

#### **PROPÓSITO DE FMS.8.4**

Los establecimientos de atención ambulatoria deben implementar procesos alternativos que aseguren la continuidad del suministro en caso de interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios.

A fin de prepararse para tales emergencias, la organización:

- 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.
- Evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
- Planifica fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación para cada una de estas áreas y necesidades.
- Prueba la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes de emergencia con la periodicidad definida por la organización.
- Documenta y analiza los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica, con la finalidad de verificar que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.

#### **Elementos Medibles de FMS.8.4**

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 incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica.
7. Se asegura que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.
8. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

## GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS

### ESTÁNDAR FMS.9

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

### ESTÁNDAR FMS.9.1

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

### PROPÓSITO DE FMS.9 Y FMS.9.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directa 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.9

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 incisos de la a) a la i) definidos en el propósito. 
3. El programa está implementado en toda la organización.

### Elementos Medibles de FMS.9.1

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.

# COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL




*Staff Qualifications and Education*

---

# SQE


## PERSONAL

**COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL**  
**SQE – PERSONAL**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**


Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>INTEGRACIÓN CON EL MODELO</b>			
SQE.1	La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
SQE.1.1	El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos		
SQE.1.2	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		
<b>CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL</b>			
SQE.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
<b>RECURSOS DEL SISTEMA</b>			
SQE.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
<b>DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS</b>			
SQE.4	La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización		
SQE.5	Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios	↻	
<b>RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN</b>			
SQE.6	Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal		
<b>ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL</b>			
SQE.7	Se ha definido un plan para la asignación del personal clínico y no clínico de todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico.		
<b>ORIENTACIÓN</b>			
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		
<b>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</b>			
SQE.9	A todo el personal clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		
SQE.9.1	A todo el personal no clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		
<b>CAPACITACIÓN CONTINUA</b>			
SQE.10	Todo el personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus competencias		
SQE.11	Se cuenta con personal capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado	↻	




**RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL**


SQE.12	La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal	⇒	
--------	--	---	---

**SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL**

SQE.13	La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.	⇒	
--------	--	---	---

SQE.13.1	La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal		
----------	--	--	---

**PERSONAL CLÍNICO**

SQE.14	La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico	⇒	
--------	---	---	---

SQE.15	Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización		
--------	---	--	--

**DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL**

SQE.16	Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico		
--------	---	--	--

## INTEGRACIÓN CON EL MODELO

### ESTÁNDAR SQE.1

**La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.**

#### PROPÓSITO DE SQE.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, enfermería, 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:

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

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

- Definición de funciones o privilegios.
- Reclutamiento del personal.
- Selección del personal.
- Asignación/Reasignación.
- Orientación.
- Evaluación del desempeño.
- Capacitación continua.
- Reconocimiento del Personal
- 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 retroalimentación 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. 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 del establecimiento 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 y todo el personal, tanto clínico como no clínico, 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:
  - 4.1. Definición de funciones y privilegios.
  - 4.2. Reclutamiento del personal.
  - 4.3. Selección del personal.
  - 4.4. Asignación/Reasignación.
  - 4.5. Orientación.
  - 4.6. Capacitación continua.
  - 4.7. Reconocimiento al personal.
  - 4.8. Evaluación del desempeño.
  - 4.9. Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.
5. La integración del sistema incluye al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
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.1.1**

**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.1.1**

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 rediseñan 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.1.1**

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.1.2**

**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.1.2**

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 la notificación y análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas.

### **Elementos Medibles de SQE.1.2**

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, centinelas 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, centinelas 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, centinelas 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 para 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 quimioterapia”, “enfermera de quirófano”, “médico familiar”, “médico general”, 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:
  - 3.1 La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.
  - 3.2 La persona presta servicios temporalmente en la organización.
  - 3.3 La persona está en un programa educativo y bajo supervisión.
  - 3.4 La persona presta servicios como voluntario.
  - 3.5 La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.
  - 3.6 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 este personal clínico autorizado prestar dentro de la organización, 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.

La ratificación o limitación del otorgamiento de privilegios, se actualiza al menos cada tres años o antes cuando así lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño; también cuando la organización ofrece nuevos servicios o cuando el personal adquiere 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, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 📄
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 clínico y no clínico de todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico.

### 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 a sus competencias y tomando en cuenta el 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 asignación del personal clínico y no clínico.
- El plan de reasignación del personal clínico 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 clínico para la reasignación según los valores o creencias.
- El traspaso de funciones entre profesionales clínicos, 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 todo el personal de la organización (**clínico y no clínico**) que describe al menos:
  - 1.1. Las competencias, cantidad y tipos de personal clínico y no clínico que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.
2. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de reasignación del **personal clínico** que describe, al menos:
  - 2.1. Cómo se llevará a cabo la reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.
  - 2.2. La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.
  - 2.3. Cómo se llevará a cabo el traspaso de funciones en los profesionales clínicos.
3. El plan está implementado en toda la organización.
4. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.
5. 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 (QPS), las medidas de prevención y control de infecciones (PCI), 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:
  - 6.1. Las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado.
  - 6.2. Las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, centinelas y cuasifallas (QPS).
  - 6.3. Las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).
  - 6.4. El uso de equipo de protección personal.
  - 6.5. La comunicación de peligros y riesgos (FMS).

## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

### ESTÁNDAR SQE.9

**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; 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 del Personal es la evaluación de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria, por lo que la evaluación del desempeño debe considerar estas actividades. El propósito es identificar las áreas de oportunidad del personal y establecer estrategias para desarrollar sus competencias y ofrecer una atención segura a sus pacientes.

### Elementos Medibles de SQE.9

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico. 
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

### Elementos Medibles de SQE.9.1

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico. 
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

## 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:

- a) La monitorización de los procesos.
- b) La supervisión de los sistemas críticos.
- c) Las evaluaciones del desempeño.
- d) La notificación y análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas.
- e) Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.

Además, la capacitación en programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia, así como de nuevas tecnologías, 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 al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado.
4. El programa se supervisa y se controla.

### ESTÁNDAR SQE.11

**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 con validación de las competencias para brindar Soporte Vital Avanzado, esta competencia es indispensable para personal que labora al menos en las siguientes áreas:

- Los servicios de urgencias o atención medica continua (adultos, pediátricos)
- Hemodiálisis
- Cuneros (neonatal)
- Aquellos que la organización así considere.

En estas áreas se deberá contar permanentemente con al menos una persona por turno con esta competencia vigente en Soporte Vital Avanzado, tomando en cuenta el grupo de pacientes al que se brinda atención, ya sea adultos, pediátricos, neonatales o pacientes obstétricas.

La organización realiza un análisis multidisciplinario para definir si en otras áreas es necesario contar con personal con competencia 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:

- a) La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas.
- b) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas.
- c) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
- d) La capacitación es estandarizada acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido, que incluya al menos los siguientes temas:
  - Adultos: manejo del paro respiratorio, conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico y uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático), identificación de ritmos y tratamientos al menos de la Fibrilación Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), Bradicardia, Asistolia Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP), Taquiarritmias estables e inestables, Síndrome coronario agudo y Evento Vascular Cerebral.
  - Pediátricos, además de los anteriores, considerar emergencias respiratorias y estado de choque
  - Obstétricas: Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica.
- e) La evaluación teórica y práctica que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado entendiendo esta última como el conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea.
- f) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros, al menos una vez al año.
- g) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño.
- h) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta competencia.

Debido a que el manejo de este tipo de pacientes es crítico para la vida y su atención es compleja las competencias deben mantenerse vigentes y actualizadas, por lo que dicho curso deberá establecer un período para la evaluación y vigencia de la certificación, lo recomendable es que se actualice al menos cada 2 años, así como mantener las competencias a través de simulacros o capacitaciones constantes al menos 1 vez al año.

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 selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas, en las cuales se incluyen al menos los servicios de urgencias o atención médica continua, Hemodiálisis, Cuneros.
2. Se cuenta con un programa de Soporte Vital Avanzado, que incluye al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
3. 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 de ser posible por la máxima autoridad del mismo.

## RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL

### ESTÁNDAR SQE.12 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal.

#### 🔄★ PROPÓSITO DE SQE.12 ✍️

El reconocimiento del personal es sumamente importante ya que impacta en el compromiso e involucramiento para la mejora de la seguridad del paciente. Un programa de reconocimiento incluye todas aquellas estrategias dirigidas al personal para agradecer y demostrar el valor que tienen sus acciones y la contribución que hacen para la calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

El reconocimiento al personal no siempre se relaciona con aspectos económicos, el establecimiento puede desarrollar estrategias que refuercen la motivación, participación y compromiso con la Cultura de seguridad del paciente, por ejemplo, el reconocimiento público de su trabajo en publicaciones específicas, carteles o sitios de información del hospital.

#### Elementos Medibles de SQE.12

1. La Organización ha definido un Programa de reconocimiento que incluye a todo el personal. 📄
2. Como parte del programa se diseñan procesos para reconocer al personal.
3. El programa está implementado.

## SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL

### ESTÁNDAR SQE.13 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

#### ➔ PROPÓSITO DE SQE.13

La seguridad del personal es importante 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 lo siguiente:

- a) La identificación de riesgos por perfil de puesto, funciones asignadas y área donde labora, con el propósito de establecer medidas que disminuyan la posibilidad de que el personal presente lesiones asociadas con sus actividades.
- b) Dotación del equipo de protección personal acorde a los riesgos identificados.
- c) La Capacitación en el uso correcto del equipo de protección personal.
- d) La Capacitación en actos seguros.
- e) El Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, exposición a radiaciones ionizantes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad.
- f) La investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

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.13

1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, los puntos de la a) a la f) definidos en el propósito. 
2. El programa está implementado en toda la organización.
3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

**SQE.13.1 La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**



## PERSONAL CLÍNICO

### ESTÁNDAR SQE.14 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

#### ➔ PROPÓSITO DE SQE.14


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 son reales.

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

Para los profesionales clínicos 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 (pos-técnicos 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 y al cual se le otorguen nuevas funciones o privilegios.

#### Elementos Medibles de SQE.14

1. Se realiza la verificación de fuente original de todo el personal clínico que cuenta con cédula profesional a través de la página de la 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 y se le asignan nuevas funciones o privilegios.

### ESTÁNDAR SQE.15

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

#### PROPÓSITO DE SQE.15

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.15**

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, así como de programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia y demás programas del establecimiento.

## DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL

### ESTÁNDAR SQE.16

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

### PROPÓSITO DE SQE.16

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, 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.16

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 documenta la capacitación que se le ha brindado al personal.
8. La información se encuentra actualizada y organizada de manera estructurada y estandarizada.

# APARTADO.3 ESTÁNDARES

**SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**




MEJORA DE LA CALIDAD Y  
LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

*Quality Improvement and Patient Safety*

**QPS**

**CALIDAD**

**MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE**  
**QPS – CALIDAD**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición	Nuevo	Nivel
<b>EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>					
QPS.1	La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente				
QPS.2	El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria	↻			
<b>EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS</b>					
QPS.3	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas.				
<b>SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>					
QPS.4	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas				
QPS.4.1	Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas				
QPS.4.2	Se notifican y analizan los eventos adversos				
QPS.4.3	Se notifican y analizan las cuasifallas				
<b>ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS</b>					
QPS.5	Se estandarizan procesos con alta variabilidad				
<b>EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD</b>					
QPS.6	La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.				
<b>REDISEÑO DE PROCESOS</b>					
QPS.7	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva				
<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS</b>					
QPS.8	El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos				
QPS.8.1	La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio				
QPS.8.2	El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con Estándares científicos y mejores prácticas				
QPS.8.3	Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.				

**MEJORA**

QPS.9 Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad

QPS.9.1 Las mejoras obtenidas se difunden al personal

QPS.9.2 La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad

**CAPACITACIÓN**

QPS.10 El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente

## EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

### ESTÁNDAR QPS.1

**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 del Establecimiento de Atención Ambulatoria. Esto requiere de liderazgo directivo, así como la participación y compromiso de todos los que conforman la Organización, a través de un enfoque multidisciplinario y de sistema.

El plan de calidad y seguridad del paciente es la base para la planificación e integra las prioridades de la Organización relacionadas con la calidad y seguridad. Los líderes analizan toda la información generada a través de la implementación de los procesos clínicos y de gestión de la Organización con el objetivo de evidenciar y controlar la mejora que de estos derive.

El plan de Calidad y Seguridad del Paciente del establecimiento tiene un alcance a toda la organización, todas las áreas y servicios, todas las disciplinas y procesos y se vincula con todos los apartados del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

La base de las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente están relacionadas con el enfoque proactivo y el enfoque reactivo; el enfoque proactivo se fundamenta en el Proceso de Gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad de que los riesgos identificados se concreten en daño al paciente, es decir se refieren a una situación que podría suceder y que puede ser prevenida con oportunidad mediante una intervención determinada. Con relación al enfoque reactivo las organizaciones necesitan analizar la información generada del Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas, con el propósito de aprender de ellos y disminuir la posibilidad de que se repitan, además esta información alimenta al proceso de Gestión de Riesgos, al tomar en cuenta aquellas situaciones que ocurrieron en la organización y que tienen la potencialidad de volver a ocurrir.

A partir de la evaluación de los riesgos y de los problemas de toda la organización, se planifican e 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 integra la información que permitirá desarrollar actividades específicas tendientes a mejorar la calidad y seguridad en el establecimiento, por lo tanto, 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:

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.
3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica, como estrategia para la estandarización de procesos.
4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de indicadores o algún otro mecanismo que demuestre avance.
5. El rediseño de procesos de riesgo a través del uso de la Herramienta proactiva de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).

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 demostrar su compromiso y liderazgo a través de aprobar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente de la Organización, dar seguimiento a su implementación y tomar decisiones de acuerdo a sus resultados.



## Elementos Medibles de QPS.1

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente basa sus actividades en la Evaluación de Riesgos y Problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente en la Organización.
2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:
  - 2.1 La Evaluación y Priorización de los Riesgos y problemas de toda la organización, relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente.
  - 2.2 El diseño e implementación de un Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
  - 2.3 La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramienta para la estandarización de procesos.
  - 2.4 Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
  - 2.5 El Análisis de un proceso de riesgo prioritario de la organización, a través del uso de una Herramienta proactiva, como el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).
3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.
4. La descripción del cómo se desarrolla y se integra las acciones para la Calidad y Seguridad del Paciente se describen en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. 

## ESTÁNDAR QPS.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

### ➔ PROPÓSITO DE QPS.2

Con el propósito de dar seguimiento a las acciones y resultados relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente en la Organización, los líderes conforman el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo: el COCASEP o su equivalente, el cual ayuda a analizar con enfoque multidisciplinario y sistémico las actividades implementadas para mejorar los procesos y los sistemas de la organización, y mediante su visión y respaldo, crean y fortalecen 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 dar seguimientos a las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Este Comité cuenta con las siguientes características:

- Es encabezado por el director o su equivalente en la toma de decisiones de la organización.
- Sesiona periódicamente.
- Integra información relevante, relacionada con los procesos de calidad y seguridad del paciente.
- Se articula con los diferentes comités existentes dentro de la organización.
- Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
- Da seguimiento puntual a sus acuerdos.



Los temas por tratar en el comité de Calidad y Seguridad del Paciente pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por la Organización.

- Avances respecto a las revisiones previas.
- Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en la organización.
- Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
- Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
- Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.
- Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.
- El desempeño de los proveedores.

- Las oportunidades de mejora.

Los establecimientos cuyo contexto no les permita el desarrollo de un Comité, desarrolla los mecanismos periódicos de análisis de la información del Plan de Calidad acorde a sus características y recursos

### **Elementos Medibles de QPS.2**

1. Se ha conformado el 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 información relevante para la calidad y seguridad del paciente en la organización.
5. El Comité lleva a cabo, al menos, lo siguiente:
  - 5.1. Avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
  - 5.2. Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
  - 5.3. Toma decisiones con base en el análisis de información.
  - 5.4. Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

## EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

### ESTÁNDAR QPS.3

**El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una evaluación integral de Riesgos y Problemas**

#### PROPÓSITO DE QPS.3 ✍️

La evaluación integral de riesgos y problemas, es una metodología que permite a la Organización identificar prioridades relacionadas con los procesos para mejorar la Seguridad del Paciente. Los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente no son ilimitados, por lo tanto, es necesario definir prioridades a partir del análisis de los riesgos identificados.

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas, los riesgos están presentes en cualquier tipo de actividad y los procesos de atención no son la excepción; en la mayor parte de los casos no es posible establecer mecanismos para su completa eliminación, por lo que se hace absolutamente imprescindible gestionarlo de forma adecuada.

El proceso para la Gestión de Riesgos incluye lo siguiente:

- La identificación de los riesgos específicos como resultado de analizar los procesos. Esta identificación se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los mismos.
- La priorización de los riesgos detectados conforme a la metodología definida por la organización para determinar los de mayor impacto.
- El análisis y gestión de los riesgos 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 los riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e instalaciones. Es importante considerar como riesgos aquellas situaciones que ya ocurrieron en la organización pero que tienen la potencialidad de volver a ocurrir, y por lo tanto, deben ser consideradas en la identificación de riesgos con el propósito de ser gestionados.

#### Elementos Medibles de QPS.3

1. La definición de las prioridades para la calidad y la seguridad del paciente se fundamenta en una Evaluación de Riesgos y Problemas de la organización. 📄
2. La identificación de riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones. 📄
3. La identificación de los riesgos se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.
4. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
5. Los riesgos se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
6. 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 VINCULADO A LA AESP 7)

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación 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 la Evaluación Integral de 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.

La DGCES cuenta con el Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA), como herramienta para ese fin.

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

Si bien es evidente que los Eventos Adversos de consecuencias graves tienen el mayor impacto en los pacientes y sus familiares (primera víctima), estos no son los únicos que se ven afectados ante los hechos, también son víctimas, aunque en segundo plano, los profesionales de la salud involucrados directa o indirectamente en el evento (segundas víctimas). De igual manera la ocurrencia de estos eventos también puede provocar la disminución de confianza, desprestigio o pérdida de la imagen del Establecimiento de Atención Médica (Terceras víctimas), por ello es importante fortalecer la cultura de seguridad del paciente y establecer los protocolos de actuación ante dichos eventos y la atención a las diferentes víctimas.

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

- a) Las **definiciones operativas** de evento centinela, evento adverso y cuasifallas.
- b) Un mecanismo para su notificación.
- c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
- d) El proceso para la atención y apoyo a los profesionales que se ven afectados por un evento adverso con consecuencias graves (atención a segunda víctima).
- e) Un plan de comunicación y manejo de crisis ante el impacto institucional de un evento adverso con consecuencias graves (atención a tercera víctima).
- f) La gestión y la confidencialidad de la información.
- g) La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
- h) La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

#### 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, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.

### ESTÁNDAR QPS.4.1

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

#### PROPÓSITO DE QPS.4.1

Un **Evento Centinela** es un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física

o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”

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 las **definiciones operativas** de evento centinela, esta descripción debe incluir, al menos, las siguientes cuando así apliquen al contexto de operación de la organización:

- 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) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento).
- h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
- i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

El análisis, debe iniciar tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores a 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 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 a un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

#### Elementos Medibles de QPS.4.1

1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los puntos de la a) a la i) definidos en el propósito cuando así correspondan al contexto de la organización. 📄
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

**Se notifican y analizan los eventos adversos.**

#### PROPÓSITO DE QPS.4.2 ✍️

Los **Eventos Adversos** son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica *que llegan al paciente*. La Organización Mundial de la Salud lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización

prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente”.

Como parte del Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la organización establece su propia descripción de los eventos adversos (**Definiciones Operativas**) 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.

#### Elementos Medibles de QPS.4.2

1. Se han establecido **definiciones operativas** de eventos adversos. 📄
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 del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

#### ESTÁNDAR QPS.4.3

**Se notifican y analizan las cuasifallas.**

#### PROPÓSITO DE QPS.4.3 ✍️

Las cuasifallas son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como “Cuasi-incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”.

La organización implementa un mecanismo para la identificación, notificación y análisis de las cuasifallas, a partir del desarrollo de las **definiciones operativas**, con la finalidad de facilitar su identificación y notificación por el personal involucrado en los procesos.

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 han establecido **definiciones operativas** de cuasifallas. 📄
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 del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

## ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS

### ESTÁNDAR QPS.5

**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 en el cual se haya identificado alta variabilidad, con el propósito de estandarizar 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:

- 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).
- Evaluar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica por su aplicabilidad y respaldo científico.
- 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.
- Aprobarlo por parte del establecimiento.
- Implementarlo para que su uso sea constante y efectivo.
- Evaluar el apego mediante el uso de una herramienta (por ejemplo, una lista de verificación).
- 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.

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:
  - 2.1. Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico.
  - 2.2. Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.
  - 2.3. Aprobar formalmente por parte del establecimiento.
  - 2.4. 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 se analizan para tomar decisiones.

## EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD

### ESTÁNDAR QPS.6

**La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.**

#### ★ PROPÓSITO QPS.6

Debido a las limitaciones de las organizaciones como lo son: recurso humano, recursos materiales y financieros, entre otros, no todos los procesos dentro de una organización se pueden medir al mismo tiempo para mejorarlos. Por lo tanto, una de las principales responsabilidades del equipo directivo es establecer las prioridades de medición de los procesos.

Las prioridades se pueden centrar en proyectos que incrementen la eficiencia, reduzcan las tasas de reingreso, tasas de infecciones, accidentes de trabajo, así como también eliminen problemas de flujo de pacientes en el servicio de urgencias o en el control de la calidad de los servicios subrogados entre otras.

Las mediciones toman en cuenta las prioridades a nivel de sistema para extender el impacto de las mejoras ampliamente en la organización; por ejemplo, del sistema de gestión de medicamentos. Del mismo modo, las prioridades toman en cuenta los datos disponibles para identificar en que sistemas y en que procesos se muestra una mayor variación en la implementación y en los resultados.

Después de implementar una mejora, se recopilan datos durante un periodo de prueba de 6 meses a un año como mínimo, para que sea una muestra confiable para la organización, esto ayuda a comprobar que el cambio planificado realmente fue una mejora. Como parte de este proceso se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal si es necesario. La medición de los riesgos prioritarios seleccionados por la organización permite comprender el impacto de una mejora en el resultado del paciente o en la eficiencia de un proceso, lo que contribuye a que el establecimiento de continuación de prioridades en el futuro, tanto a nivel organizacional como a nivel departamental y de áreas servicio.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas la organización identifica, al menos 5 riesgos prioritarios que nazcan de los siguientes estándares:

- a) Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes.
- b) Sistema de Medicación.
- c) Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
- d) Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- e) Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
- f) Procesos Clínicos.
- g) Procesos de Gestión.

Para las prioridades identificadas por la organización, acorde a su contexto, 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, los cuales se deben medir a través de indicadores. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es limitativo a los 5 indicadores solicitados, por lo que la organización podrá agregar la medición de los procesos considerados como prioritarios que afectan la calidad, la seguridad y la satisfacción del paciente, con el propósito de garantizar la calidad de la atención.

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 mejora continua.

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 que nacen de los riesgos prioritarios de cada organización son:

- a) Alineado al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- b) Partir de un riesgo o problema.
- c) Medir la implementación al menos durante 6 meses o un año.
- d) Medir el impacto sobre el proceso que se desea mejorar.
- e) Contar con técnica de recolección de datos confiable.
- f) Que sea una muestra representativa del proceso que se desea mejorar.

#### **Elementos Medibles de QPS.6**

1. Se utilizan los datos disponibles para establecer prioridades para la mejora a través de mediciones y acciones específicas.
2. Se evalúa el impacto de las mejoras a nivel del sistema y los procesos, según corresponda.
3. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen.
4. Se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal cuando es necesario.

Consideración MUEC para QPS.6:

La organización debe integrar desde Fase 1, etapa 2 de Gestión inicial, el Plan de Calidad con la priorización de sus riesgos que deberá monitorizar a través de indicadores de la manera antes señalada, de esta forma se da oportunidad a la organización de alcanzar el proceso de madurez que se revisa en la etapa 6 y 7 de la fase 4, con lo cual desarrollará nuevos hábitos en el personal que ejecuta las barreras de seguridad definidas por la organización.

## REDISEÑO DE PROCESOS

### ESTÁNDAR QPS.7

**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.

El AMEF es una herramienta de calidad que permite analizar la situación actual de un proceso para a través del análisis del mismo rediseñarlo, es decir, establecer a partir del análisis la forma en que el proceso debe funcionar en el futuro, con la incorporación de las mejoras identificadas durante el análisis. Es importante destacar que el rediseño no siempre significa cambiar completamente un proceso, los cambios pudieran darse en alguna o algunas de las actividades, la finalidad es que a partir del análisis se modifique el proceso para hacerlo más seguro.

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, incorporando los cambios para que sea más seguro.

La identificación de los riesgos debe incluir todos los procesos y sistemas y priorizarse con la metodología definida por el establecimiento, posteriormente, seleccionar un proceso clasificado como de riesgo prioritario que pueda ser analizado a través de la metodología del AMEF. Es importante que este análisis se realice con la participación del personal involucrado en el proceso tomando en cuenta el alcance del mismo, es decir el inicio y término de las actividades objeto del AMEF. 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 de la Organización.

### 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 de riesgo basándose en el análisis.
5. Se da seguimiento a su implementación.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

### ESTÁNDAR QPS.8

**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 retroalimentación 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 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

**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 evaluar 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

**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:

- Consigo mismo en diferentes períodos, por ejemplo, mes a mes, o de un año a otro;
- con otras organizaciones similares, por ejemplo, mediante bases de datos de referencia;
- con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas;

- 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.

La DGCES cuenta entre otros, con El Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA) y el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), los cuales permiten concentrar la información de todo el Sistema Nacional de Salud, para el análisis y comparación, las cuales se encuentran ubicadas en la siguiente liga: <https://desdgc.es.salud.gob.mx/srea/acceso.php> y <https://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php>, respectivamente.

### **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.

### **ESTÁNDAR QPS.8.3**

**Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.**

#### **★ PROPÓSITO DE QPS.8.3**

El hospital recopila datos sobre diversas y diferentes áreas de los servicios de atención al paciente de forma periódica e informa los resultados al órgano rector como parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Para hacerlo, deben existir mecanismos confiables de reporte de resultados para asegurar servicios de calidad. Aquellos que representan un riesgo para la seguridad del paciente se identifican y monitorean. La recopilación de datos debe ser suficiente para detectar tendencias y patrones y variará según la frecuencia del servicio o el riesgo para los pacientes. (ver MCI. 10)

### **Elementos Medibles de QPS.8.3**

1. Se desarrollan e implementan procesos para garantizar que la recopilación, el análisis y la comunicación de datos sean oportunos y confiables.
2. Se realiza un análisis de datos cuando se producen patrones o tendencias.
3. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad.
4. Los resultados se comunican a la entidad de gobierno como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

## MEJORA

### ESTÁNDAR QPS.9

**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

**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.

QPS.9.2 La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

## CAPACITACIÓN

### ESTÁNDAR QPS.10

**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.

# APARTADO.4 ESTÁNDARES

**ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE**

# ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

*Access and Continuity of Care*









---

# ACC

## CONTINUIDAD



**ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**  
**ACC – CONTINUIDAD**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO</b>			
ACC.1	Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización		
ACC.1.1	El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.		
ACC.1.2	Se define un proceso de aceptación de pacientes		
ACC.1.3	Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas	⇒	
ACC.1.4	Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión		
ACC.1.5	Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios		
ACC.1.6	Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta	⇒	
<b>CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN</b>			
ACC.2	Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.	⇒	
ACC.2.1	Se ha definido un proceso de interconsulta		
ACC.2.2	Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente		
<b>ALTA Y SEGUIMIENTO</b>			
ACC.3-AMB	Se define un proceso que guía el egreso o alta médica.		
ACC.3.1	Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso	⇒	
ACC.3.2	Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso		
<b>TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS</b>			
ACC.4	Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos	⇒	
ACC.4.1	Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutive		
ACC.4.2	Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente		
ACC.4.3	El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias		
ACC.4.4	Se documentan las referencias/contrareferencia	⇒	

**TRANSPORTE**

ACC.5 El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte



ACC.6 Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente

ACC.6.1 La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados

## 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, que puede llevarse a cabo durante el primer contacto en el establecimiento de atención médica o en la atención de urgencia cuando esta situación aplica. Con base en los resultados obtenidos, la organización decide si al paciente se le brinda atención, o se refiere 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 brindarle servicios.

La organización define los aspectos que va a evaluar en el paciente con el propósito de tomar la decisión de aceptarlo o referirle.

#### Elementos Medibles de ACC.1

1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto en la consulta, admisión, o urgencias cuando aplica.
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 para la atención.
4. La organización ha definido qué aspectos va a evaluar en el paciente para determinar si puede ser atendido o deberá ser referido.
5. Cuando esta situación aplica, los pacientes son referidos a otra instancia resolutive hasta que estén disponibles los resultados de las evaluaciones para tomar esta decisión.

### ESTÁNDAR ACC.1.1

**El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.**

#### PROPÓSITO DE ACC.1.1

El establecimiento ha definido cuál es su área geográfica de influencia y los grupos comunitarios, incluyendo grupos étnicos y los grupos de población que reciben sus servicios, así como los líderes en dichos grupos.

La organización ha analizado conoce cuáles son las características de la población que atiende, por ejemplo, los datos demográficos relevantes como grupos de edades, nivel socioeconómico, escolaridad, creencias y valores culturales, características epidemiológicas, como enfermedades infecciosas y, crónico degenerativas, entre otros.

El establecimiento diseña sus servicios de acuerdo a la población a quien dirige su atención y planifica una comunicación permanente con su población.

La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, a través de organizaciones dentro de la comunidad a través de terceros.

Los tipos de información incluyen:

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención;
- información sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

### Elementos Medibles de ACC.1.1

1. El establecimiento ha identificado y conoce el contexto de su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.
2. El establecimiento cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.
3. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.
4. El establecimiento proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
5. El establecimiento proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.


### ESTÁNDAR ACC.1.2

**Se define un proceso de aceptación de pacientes.**

#### PROPÓSITO DE ACC.1.2

La organización define el área para la aceptación de pacientes que requieren atención ambulatoria o de urgencia. La organización define un proceso para que estas actividades se lleven a cabo de manera estandarizada en cualquiera de las dos situaciones antes mencionadas.

### Elementos Medibles de ACC.1.2

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

### ESTÁNDAR ACC.1.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)


**Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas.**

#### ➔ PROPÓSITO DE ACC.1.3

Cuando el establecimiento de atención ambulatoria, ofrece atención de urgencias o atención médica continua, los pacientes en estos departamentos 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 darle prioridad a su atención.

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

### Elementos Medibles de ACC.1.3

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.1.4**

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

##### **PROPÓSITO DE ACC.1.4**

Durante el proceso de admisión, por ejemplo, en un servicio de cirugía de corta estancia o al ingreso a la terapia de Hemodiálisis, 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, registrando esta actividad en el expediente clínico.

##### **Elementos Medibles de ACC.1.4**

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.1.5**

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

##### **PROPÓSITO DE ACC.1.5** ✍️

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.1.5**

1. La organización identifica 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.

**ACC.1.6 Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

### ESTÁNDAR ACC.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.

#### ➔ 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 recuperación en casos de cirugía ambulatoria, 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:

- Uno durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno)
- 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 por ejemplo 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 también se le conoce como herramienta SAER.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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.

ACC.2.1 Se ha definido un proceso de interconsulta. (CARÁLOGO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDAR HOSPITALES)

### 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 ACC.3

Se define un proceso que guía el egreso o alta médica.

#### PROPÓSITO DE ACC.3 ✍️

Cuando el médico responsable del paciente determina el egreso o alta médica en unidades de corta estancia, 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, médico 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.

#### Elementos Medibles de ACC.3

1. La organización define el proceso que guía el egreso o alta del paciente. 📄
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 asociadas con sus servicios.

### ESTÁNDAR ACC.3.1

Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso.

#### 🔄 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 permaneció en sus instalaciones. 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 mediante la entrega de la receta correspondiente.
- 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.
- l) Atención de factores de riesgo.

La nota de egreso se integra en el expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al paciente.



Los Consultorios en general que no realizan procedimientos médicos realizan una nota medica de cada visita del paciente acorde a la legislación aplicable vigente. Los consultorios y establecimientos ambulatorios entregan cuando sea el caso una **receta médica** al paciente con la información mínima requerida por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente.

#### **Elementos Medibles de ACC.3.1**

1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.
2. La nota de egreso incluye, al menos, los incisos de la a) a la l) definidos en el propósito.
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 atendidos en unidades de cirugía de corta estancia deben de recibir Instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades.

Las instrucciones incluyen el nombre y domicilio de los establecimientos para dar continuidad a la atención, Indicaciones de retorno al establecimiento con fines de seguimiento y datos sugestivos para solicitar atención de urgencia.

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.

El establecimiento informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible.

Para fomentar la continuidad de la atención, la organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a grupos y redes de apoyo, según corresponda a su patología.

Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito.

#### **Elementos Medibles de ACC.3.2**

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensible.
2. Las instrucciones incluyen las indicaciones para el seguimiento posterior al alta.
3. Las instrucciones incluyen datos sugestivos para obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.
5. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a los grupos de apoyo para la continuidad de la atención, si corresponde.
6. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a redes de apoyo comunitario para la continuidad de la atención, si corresponde.

## 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 ✍️

En las unidades de cirugía ambulatoria o de corta estancia, puede requerirse el traslado de un paciente a otro establecimiento, de acuerdo con su estado de salud y con la necesidad de servicios especializados para la atención o la continuidad de la atención. La organización identifica la necesidad de traslado del paciente a una unidad hospitalaria especializada de acuerdo con su estado de salud y con su capacidad resolutive para las situaciones que se presentan. En el caso anterior, la organización define un proceso de traslado a otro establecimiento para continuar la atención del paciente que 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 que requieren continuar su atención en otro establecimiento y que describe al menos lo siguiente: 📄
  - a) Los criterios sobre cuándo debe realizarse 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.
2. 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 resolutive.

#### PROPÓSITO DE ACC.4.1

Al trasladar y/o referir a un paciente, la organización se asegura que el establecimiento receptor puede proporcionar servicios acordes 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 en estos casos, 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 proporcionadas.
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**

Cuando se realiza esta actividad, 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 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

**Se documentan las referencias/contra referencias.**

### **⇒ 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:

- Datos de identificación del Paciente
- Establecimiento que envía
- Establecimiento que recibe
- Resumen Clínico, que incluya como mínimo:
  - Motivo de la referencia

- Impresión Diagnóstica
- Terapéutica empleada, si la hubo
- Motivo de la referencia
- Fecha y hora
- Nombre y firma de quien refiere

En el caso de las unidades de Hemodiálisis, el Resumen Clínico además deberá incluir:

- Diagnóstico Nefrológico
- Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- tiempo en el programa de hemodiálisis
- Tipo de acceso vascular
- funcionalidad del acceso vascular
- superficie del dializador
- Si se encuentra incluido en el programa de reúso
- Peso seco actual
- Ganancia promedio Interdialítica
- Alergias
- Problemas durante el tratamiento
- Cinética de la urea
- Serología Viral

#### **Elementos Medibles de ACC.4.4**

1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contra referencia.
2. La nota de referencia/contra referencia incluye lo siguiente:
  - 2.1. Los dos datos de identificación del Paciente.
  - 2.2. Establecimiento que envía.
  - 2.3. Establecimiento que recibe.
  - 2.4. Resumen Clínico.
    - 2.4.1. Motivo de la referencia.
    - 2.4.2. Impresión Diagnóstica.
    - 2.4.3. Terapéutica empleada, si la hubo.
  - 2.5. Motivo de la Referencia.
  - 2.6. Fecha y Hora.
  - 2.7. Nombre y firma de quien refiere.
3. La nota de referencia/contra referencia se integra en el expediente clínico.
4. El Resumen Clínico de las Unidades de Hemodiálisis además incluye:
  - 4.1. Diagnóstico Nefrológico.
  - 4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
  - 4.3. Tiempo en el programa de hemodiálisis.
  - 4.4. Tipo de acceso vascular.
  - 4.5. Funcionalidad del acceso vascular.
  - 4.6. Superficie del dializador.
  - 4.7. Si se encuentra incluido en el programa de reúso.
  - 4.8. Peso seco actual.
  - 4.9. Ganancia promedio Interdialítica.
  - 4.10. Alergias.
  - 4.11. Problemas durante el tratamiento.
  - 4.12. Cinética de la urea.
  - 4.13. Serología Viral.

## 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 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 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 transporte se adecua a las necesidades del paciente.
4. 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 la organización subroga el servicio de ambulancias, se integran como parte de la supervisión y control (especificaciones de calidad), al menos, los siguientes puntos:

- Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
- Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal)
- Evaluación del tiempo de respuesta
- 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 relacionadas con los servicios.
3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:
  - 3.1. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
  - 3.2. Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos.
  - 3.3. Evaluación del tiempo de respuesta.

# DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

*Patient and Family Rights*

---



# PFR

## DERECHOS

**DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA**  
**PFR – DERECHOS**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>			
PFR.1	La organización respalda los derechos de los pacientes		
PFR.1.1	Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes		
PFR.1.2	Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.		
PFR.1.3	Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes		
PFR.1.4	Se protege a los pacientes contra agresiones físicas	↻	
PFR.1.5	Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables	↻	
PFR.1.6	La información del paciente es confidencial		
PFR.2	La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención		
PFR.2.1	Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención		
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		
PFR.2.3	La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados		
PFR.2.4	La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva		
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		
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		
PFR.5	Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos		
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
PFR.6	Se define un proceso para obtener un consentimiento informado		
PFR.6.1	Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención		



PFR.6.2	La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado	
PFR.6.3	Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización	
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	
PFR.6.4.1	Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde	
<b>INVESTIGACIÓN</b>		
PFR.7	Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas	
PFR.8	Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas	
PFR.9	La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos	

## 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 guiar 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, por lo tanto, se aseguran de que el personal asuma la responsabilidad de proteger y respetar estos derechos durante todo el proceso de atención.

La organización respeta los derechos del paciente, al definir e implementar procesos para asegurar que todo el personal respete los derechos del paciente y sus familiares, de tal manera que el respeto a los derechos del paciente va más allá del solo conocimiento de los 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.

#### Elementos Medibles de PFR.1

1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para implementar procesos que respaldan y protegen los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. La organización define procesos para promover y respetar los derechos de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso de atención.
3. 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.
4. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

### ESTÁNDAR PFR.1.1

**Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes.**

#### PROPÓSITO DE PFR.1.1

Como parte de la Historia Clínica se identifican los valores, costumbres y creencias de los pacientes 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 relacionadas a sus valores, costumbres y creencias (por ejemplo: creencias religiosas) 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.

#### Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Como parte de la Historia Clínica, se evalúan los valores, costumbres y creencias a los pacientes.
2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.

## 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 y tratamientos. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. 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.

En ocasiones la organización toma la responsabilidad de algunas 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 establecimiento de atención, 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 para 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 identificadas como prioritarias por la organización.

#### ESTÁNDAR PFR.1.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

**Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables.**

#### ➔ PROPÓSITO DE PFR.1.5 ✍️

La organización diseña e implementa procesos para proteger a todos sus pacientes. Hay pacientes que requieren protección adicional, estos se consideran pacientes en condición de vulnerabilidad; Un paciente en condición de vulnerabilidad es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación, por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad tomando en cuenta las características de sus pacientes, condiciones clínicas o momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.

Un ejemplo de pacientes considerados vulnerables son los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación o con pérdida de la conciencia, cuyos mecanismos de protección adicional están dirigidos a evitar abusos. Otro ejemplo se presenta durante el momento de la exploración ginecológica en donde como protección adicional, se puede establecer el acompañamiento de personal de salud adicional a quién realizará la exploración con el fin de evitar cualquier daño a la paciente.

Es importante mencionar que los mecanismos de protección adicionales pueden incluir, por ejemplo: desde la definición de políticas específicas, cambios en los procesos, restricción y controles de acceso en ciertas áreas, etc., de acuerdo al contexto y recursos de la organización

#### Elementos Medibles de PFR.1.5.

1. La organización analiza e identifica de acuerdo a su población, condición clínica o momentos en el proceso de atención a aquellos pacientes que se les considerará en condición de vulnerabilidad. 📄
2. La organización define mecanismos de protección adicional a pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo a su contexto y recursos.
3. Los mecanismos de protección adicional definidos por la organización están implementados.

#### 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 comunicársela, 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 quién les hablará de los diagnósticos confirmados, los resultados sobre la atención y el tratamiento propuesto, así como cualquier resultado imprevisto.
6. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados e imprevistos de su atención y tratamiento, siendo comprendidos por ellos.

### 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 establecimiento de atención ambulatoria existe legislación aplicable vigente, deberá tomarse en cuenta para definir este proceso.

### 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, los establecimientos de atención ambulatoria donde brinden servicio a este tipo de pacientes de manera rutinaria, 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 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 tienen derecho a expresar sus quejas sobre su atención y a que esas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan con la participación de ellos. Además, las decisiones con respecto a la atención a veces presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para el establecimiento y el paciente, la familia u otros tomadores de decisiones. La organización ha establecido procesos para identificar y dar seguimiento a las quejas del paciente y su familia.

La DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (SUG), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: <http://sistemas.cnpss.gob.mx:7777/SUG/pages/unsecure/login.xhtml>.

### Elementos Medibles de PFR.3

1. Se informa a los pacientes sobre el proceso para expresar quejas, conflictos y diferencias de opinión.
2. La organización investiga las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión.
3. Se da seguimiento y de ser posible se resuelven las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.
4. Los pacientes y las familias participan en el proceso de resolución de quejas, conflictos y diferencias de opinión, cuando sea posible.

### 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

Acudir 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.
5. La organización cuenta con un proceso para evaluar que la atención médica se efectúe sustentada en el trato digno al paciente y su familia.



## 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 para una cirugía de corta estancia o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos, como por ejemplo un tratamiento de Hemodiálisis.

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 el (los) procedimiento(s) y tratamiento(s) propuesto(s) y el personal autorizado a realizarlos.
3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del (los) tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al (los) 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 (los) procedimiento(s)/tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del (los) médico(s) u otro(s) facultativo(s) responsable(s) 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, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente. 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.
3. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.

### ESTÁNDAR PFR.6.3

**Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización.**

#### PROPÓSITO DE PFR.6.3

Los establecimientos que ofrecen servicios ambulatorios donde el paciente es ingresado por ejemplo las clínicas de cirugía ambulatoria o de corta estancia deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido 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.

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/o sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.
2. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso/admisión, si corresponde.
3. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de ingreso/admisión en el expediente clínico.
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, la reutilización de filtros de hemodiálisis, o que sean solicitados por la legislación aplicable vigente, 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. Sin embargo y de acuerdo al contexto de la organización, hay otras situaciones especiales o particulares en donde es importante informar al paciente y obtener por escrito su consentimiento; cuando esto se lleva a cabo en la organización 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 (por ejemplo, consentimiento para la sujeción de un paciente).

#### 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

PFR.7 Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PFR.8 Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PFR.9 La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

# EVALUACIÓN DE PACIENTES

*Assessment of Patients*

---

# AOP

## EVALUACIÓN

**EVALUACIÓN DE PACIENTES**  
**AOP – EVALUACIÓN**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
AOP.1	La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes	↻	✍
AOP.1.1	El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención	↻	
AOP.2 - AMB	Se realiza una historia clínica a cada paciente acorde a lo definido por el establecimiento		
AOP.2.1	Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio hospitalario en el marco de tiempo definido por la organización		
AOP.3	Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.4	Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión		✍
AOP.5	Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente	↻	✍
AOP.6	Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa		✍
AOP.7- AMB	Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte de la Historia Clínica.		✍
AOP.8- AMB	Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte de la Historia Clínica.		✍
AOP.9- AMB	Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte de la Historia Clínica		✍
AOP.10	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		✍
AOP.11	Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.12	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)		✍
AOP.13	El proceso de evaluación inicial considera reevaluar al paciente		✍
AOP.14	El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se reevalúan		
AOP.14.1	Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia		

## 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:

- Los elementos o criterios por evaluar acorde a la población, características de pacientes que atiende y el momento más adecuado para obtener dichas evaluaciones
- Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
- Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación
- El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial, que permita dar seguimiento a los resultados
- El momento de la primera evaluación
- La periodicidad de las reevaluaciones que la organización considere pertinente
- Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.

Las evaluaciones requieren de identificar o adaptar algunas ocasiones a las poblaciones y contextos específicos, lo que podríamos definir como “personalizar”, sin que esto se refiera que se deberá adaptar a cada persona, sino mas bien a grupos poblacionales por ejemplo: Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc. Tener procesos de personalización de las evaluaciones nos permiten tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente.

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:

- entender la atención que el paciente necesita,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- orientarnos a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediatas del paciente
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para los pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria, 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 y sus características
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6)

Este proceso de evaluación inicial toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Cada evaluación debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una. La forma y lugar en donde se documenta los determina cada organización no perdiendo de vista que **el objetivo de documentarlo es que el resto de los profesionales de la salud que intervienen en la atención estén informados de los riesgos identificados**, debido a esto es importante 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 ambulatorio que describe, al menos, lo siguiente: 
  - 1.1. Los elementos o criterios por evaluar.
  - 1.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.
  - 1.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.
  - 1.4. El lugar donde se documenta.
  - 1.5. El momento de la primera evaluación.
  - 1.6. La periodicidad de las revaluaciones.
  - 1.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
2. 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 ambulatorio.
2. El proceso de evaluación inicial del paciente ambulatorio incluye, al menos, los siguientes elementos:
  - 2.1. Historia Clínica.
  - 2.2. Evaluación de enfermería, si corresponde.
  - 2.3. Evaluación del dolor.
  - 2.4. Evaluación del riesgo de caídas.

### ESTÁNDAR AOP.2

**Se realiza una historia clínica a cada paciente acorde a lo definido por el establecimiento.**

### 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) Factores de Riesgo Social (AOP.5).
- d) Valores, Creencias y Costumbres (AOP.6).
- e) Factores de Riesgo Psicológico (AOP.7).
- f) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- g) Diagnósticos o problemas clínicos.
- h) Pronóstico.
- i) Indicación terapéutica.

La historia clínica se completa, en el marco de tiempo definido por el establecimiento. 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.

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.



Para el caso de las unidades de hemodiálisis al menos se considera durante la evaluación inicial además de los elementos mencionados los exámenes de laboratorio y gabinete siguientes:

- j) Serología Viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).
- k) Biometría Hemática completa.
- l) Electrolitos séricos (Na, K, Cl).
- m) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, Urea y Creatinina).
- n) Depuración de creatinina (si corresponde si el paciente ya se le realizó tratamiento de Hemodiálisis antes de su primer contacto con la organización, o se define el tiempo máximo para contar con este estudio para el paciente).
- o) Radiografía de tórax.
- p) Electrocardiograma.

Para los incisos o) y p) se define por la organización el tiempo máximo para contar con estos elementos para evaluar al paciente siempre y cuando no sea una urgencia dialítica y se evalúe el riesgo beneficio de otorgar el tratamiento sin estos elementos.

### 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, los incisos de la a) a la i) definidos en el propósito.
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. 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. Para las unidades de Hemodiálisis se consideran además, los estudios de laboratorio y gabinete referidos en los incisos de la j) a la p) definidos en el propósito.

### ESTÁNDAR AOP.3

**Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.**


#### Propósito de AOP.3

Si corresponde al contexto de la organización se realiza 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 el marco de tiempo definido por 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. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
4. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.

**AOP.4 Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

## ESTÁNDAR AOP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente.

### ➔ PROPÓSITO DE AOP.5 ✍

En todos los pacientes se evalúa intencionalmente la presencia del dolor. Esta evaluación se caracteriza por:

- Valorarse a través de una o varias herramientas acordes a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada
- Realizarse en el primer contacto clínico del paciente con la organización
- En caso de que el paciente presente dolor es importante realizar una valoración más precisa del dolor la cual considere al menos: la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración)
- Registrarse de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
- Si corresponde, se revalora al paciente en caso de aplicar en el marco de tiempo que la organización defina.

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.

La evaluación del dolor puede llevarse a cabo durante la realización de la historia clínica o en el momento del primer contacto del paciente con el personal clínico de la organización y puede quedar registrada en la historia clínica, en caso de que se identifique signos o síntomas de dolor se pueden utilizar herramientas adicionales para profundizar en la evaluación acorde al propósito de este estándar

### Elementos Medibles de AOP.5

1. La organización define el uso estandarizado de una o varias herramientas para la evaluación del dolor, acorde a la población y características clínicas del paciente. 📄
2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.
3. En los pacientes que presentan dolor la evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
4. La evaluación se registra de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento.
5. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
6. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.
7. La reevaluación del dolor se documenta en el expediente clínico, si corresponde, en el marco de tiempo que la organización defina.

AOP.6 Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

## ESTÁNDAR AOP.7

**Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte de la Historia Clínica.**

### PROPÓSITO DE AOP.7

Otro de los elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de factores de riesgo social de cada paciente, es importante aclarar que el propósito de esta evaluación es identificar de manera oportuna situaciones de riesgo social que el equipo de salud debe de tomar en cuenta para asegurar la continuidad de la atención ya sea de forma hospitalaria o el posible manejo ambulatorio y lograr una evolución lo más satisfactoria posible. Algunos ejemplos (enunciativos, más no limitativos) de factores de riesgo social que podrían influir en la continuidad de la atención de un paciente son los siguientes:


- Nivel educativo
- Condiciones de vivienda
- Acceso a servicios públicos
- accesibilidad a servicios de salud ante la presencia de un dato de alarma clínica.
- Condición socioeconómica
- contar o no con acceso a servicios de salud (públicos o privados)
- presencia de círculo de apoyo disponible para el cuidado.
- entre otras consideraciones que la organización considere acorde a su población de pacientes

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 forma parte de la historia clínica, la cual se completa en el marco de tiempo definido por la Organización.

### Elementos Medibles de AOP.7

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo. 
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte de la Historia Clínica.
3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.

## ESTÁNDAR AOP.8

**Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte de la Historia Clínica.**

### PROPÓSITO DE AOP.8

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. Es importante señalar que esta evaluación no tiene como propósito identificar la religión del paciente, si la organización considera importante adecuar algunos servicios por la religión del paciente, se puede incluir como parte de la evaluación, pero debe de complementarse con otros aspectos como costumbres o que sean de relevancia para el paciente y puedan impactar en el proceso de atención.

La evaluación de valores, costumbres y creencias de cada paciente forma parte de la Historia Clínica, la cual se completa en el marco de tiempo establecido por la Organización.

#### **Elementos Medibles de AOP.8**

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 de la Historia Clínica.
3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.

#### **ESTÁNDAR AOP.9**

**Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte de la Historia Clínica.**

#### **PROPÓSITO DE AOP.9** ✍️

Actualmente los problemas psicológicos se presentan en gran parte de la población por lo tanto realizar una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la Historia Clínica, permite identificar el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás).

Esta valoración forma parte de la historia clínica y se realiza en todos los pacientes de primera vez y en los subsecuentes cuando es necesario actualizarla.

#### **Elementos Medibles de AOP.9**

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico. 📄
2. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la Historia Clínica.
3. Los resultados de la evaluación se toman en cuenta para la planificación de la atención.

**AOP.10 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. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

**AOP.11 Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

**AOP.12 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). (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

**AOP.13 El proceso de evaluación inicial considera reevaluar al paciente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

## **ESTÁNDAR AOP.14**

**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.14.1**

**Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia.**

#### **PROPÓSITO DE AOP.14 Y AOP.14.1**

La información derivada del proceso de evaluación fuera y dentro de la organización, en diferentes departamentos y servicios, resultados de exámenes u otros datos, se incluyen y/o documentan en el expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaje en equipo de manera multidisciplinaria para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integre esta información 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.

La organización acorde a su capacidad de atención debe definir criterios que le permitan la identificación de pacientes que puede brindarles atención, por ejemplo, un paciente con necesidades de atención complejas, pudiera ser derivado o trasladado a otro nivel de atención.

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.14**

1. La organización define los criterios para determinar a qué pacientes puede brindarles la atención.
2. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación del paciente.
3. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.
4. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.
5. Se deriva o traslada a aquellos pacientes a los cuales no se les puede brindar la atención.

#### **Elementos Medibles de AOP.14.1**

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

## DIAGNÓSTICO

**SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**  
**SAD – DIAGNÓSTICO**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>			
SAD.1	Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.		
SAD.1.1	Se han implementado procesos de Seguridad en el Laboratorio		
SAD.1.2	La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente		
SAD.1.3	Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna	☞	
SAD.1.3.1	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	☞	
SAD.1.4	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.5	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles		
SAD.1.6	Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras		
SAD.1.7	Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia		
SAD.1.8	Un profesional competente es responsable de la gestión los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9	Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9.1	Se han implementado procesos de Control de Calidad externo		
SAD.1.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario		
<b>SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>			
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		
SAD.2.1	Se han implementado procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen		
SAD.2.2	Se han implementado Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen	☞	
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		
SAD.2.4	Los resultados de los estudios de radiología e imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización	☞	
SAD.2.5	Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente	☞	

SAD.2.6	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Radiología e Imagen	
SAD.2.7	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles	
SAD.2.8	La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente	
SAD.2.9	Se ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo	
SAD.2.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario	



## 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.

Los Servicios de Laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento. Se informa a los pacientes o familiares sobre la disponibilidad de horarios de atención de rutina y el proceso para disponer de servicios de urgencia en caso de ser necesario.

Cuando se utilizan servicios subrogados o bajo convenio, el establecimiento se asegura de que:

- Sean accesibles para el paciente.
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables.
- Se ofrecen alternativas de servicios cuando corresponde.
- 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, por ejemplo, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos, competencias de su personal o medidas para la prevención de infecciones.
- d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva si corresponde, marcaje de sitio correcto si corresponde y reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

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 y regulares para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.
3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia, cuando aplique.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado se definen las especificaciones de calidad, que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
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 han implementado procesos 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 procesos de Seguridad acorde a los riesgos y problemas que se encuentran en ellos. Los procesos se ocupan de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.


Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que incluyen al menos la definición de 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 materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
- Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios que se realizan que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.
- Participar en al menos un programa de control externo de calidad de acuerdo a las pruebas que realizan

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

- La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización de los procesos.
- La realización de las pruebas de control interno de calidad para los estudios que se realizan.
- Participar en un programa de capacitación externa que incluye los estudios que se realizan.
- La supervisión integral de todos los procesos.

### Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Se ha implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente: 
  - 1.1. Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
  - 1.2. Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
  - 1.3. Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
  - 1.4. Aplicación de las pruebas.
  - 1.5. Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
2. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
3. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
4. Se supervisan los procesos 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.*

Cuando dispone de un laboratorio propio, 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, si corresponde.

#### **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.*

En caso de disponer de laboratorio propio, la organización define el lapso 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. Cuando aplica esta situación, los resultados de los análisis urgentes, 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, la organización acuerda previamente los tiempos de recepción de la información de acuerdo al tipo de estudio y verifica que los informes se entreguen puntualmente.

### 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, si aplica.
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 parámetros 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.**

#### ➔ 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).

En caso de disponer de laboratorio propio, cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo, cuando se obtienen resultados fuera de rango se asegura la precisión de esta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar (MISP.2).

### 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 Biomédico 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 descritas en el estándar GLD.5.5*

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 Biomédico 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 biomédico 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 biomédico 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 por 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 biomédico.
- g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

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 Biomédico en los Servicios de Laboratorio e incluye al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 📄
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).
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 establecidas en el estándar GLD.5.5*

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. La organización ha definido un proceso para que estén disponibles los suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio.
2. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
3. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
4. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
6. 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:

- Solicitar los análisis de laboratorio.
- Recolectar e identificar muestras.
- Transportar, almacenar y preservar muestras.
- Recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procesos 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 del requisito GLD.5.5*

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. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

### ESTÁNDAR SAD.1.8

Un profesional competente es responsable de la gestión de 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 del requisito GLD.5.5.*

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 del laboratorio.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

- La definición, implementación y actualización de procesos.
- La supervisión administrativa.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico 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 subrogar Servicios de Laboratorio.
- 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:
  - 2.1. La elaboración, implementación y actualización de procesos.
  - 2.2. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
  - 2.3. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
  - 2.4. La supervisión administrativa.
  - 2.5. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
  - 2.6. La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
  - 2.7. 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 en el requisito GLD.5.5.*

Los sistemas de Control de Calidad son esenciales para proporcionar excelentes Servicios de Laboratorio. El control de calidad incluye:

- La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
- Incluye la etapa preanalítica, analítica y post analítica
- La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
- La aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
- La prueba de los reactivos.
- 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 estudios de laboratorio que se realicen, incluyendo en su caso los 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:
  - 1.1. La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
  - 1.2. La monitoria de las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.
  - 1.3. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
  - 1.4. Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
  - 1.5. La prueba de los reactivos.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas aplicadas.

#### **Elementos Medibles de SAD.1.9.1**

1. El laboratorio participa al menos en un programa externo de calidad que incluye los estudios de laboratorio que realiza.
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.

#### **Elementos Medibles de SAD.1.10**

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convoca 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 con 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:

- Son accesibles para el paciente.
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables.
- 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 en el manejo y uso de los medicamentos, la prevención y control de infecciones, la gestión y seguridad de las instalaciones y las competencias y capacitación del personal.
- d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva en manejo de información verbal, la seguridad en el manejo de medicación si se utilizan radiofármacos, los protocolos de seguridad en los procedimientos si se realiza cateterismo cardiaco, la reducción del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas.

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 con la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles de acuerdo al contexto de la Organización.
3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia si corresponde al contexto de la Organización.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
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 de las supervisiones se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

## ESTÁNDAR SAD.2.1

Se han implementado procesos 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 descritas en los requisitos GLD.5.5*

La organización ha definido los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, medicina nuclear, radioterapia oncológica, fluoroscopia (como el cateterismo cardiaco). Los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen es consistente con los riesgos y problemas identificados en la organización. Los procesos se ocupa de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.

Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluyen al menos la definición de lo siguiente:

- a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.
- b) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.
- c) Seguimiento al personal ocupacionalmente expuesto.
- d) Manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos (Cuando así aplique)

Para la integración e implementación de los procesos se considera lo siguiente:

- La planeación de actividades preventivas con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización de los procesos mediante la definición de indicadores
- La supervisión integral de todos los procesos y la evidencia de dicha supervisión

### Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito. 📄
2. Los Procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen están implementados.
3. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
4. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
5. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
6. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
7. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.
8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles para el tipo de estudios que se llevan a cabo.
9. La manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos se realiza conforme a lo definido en el proceso (cuando así aplique).

## **ESTÁNDAR SAD.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

**Se han implementado Procesos 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 define e implementa procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen (propios y/o subrogados), que incluyen, al menos, los siguientes puntos:

- La integración en los procesos con lo definido en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, principalmente con la identificación del paciente (MISP.1) y prevención del riesgo de caídas (MISP.6).
- El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
- La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados.

### **Elementos Medibles de SAD.2.2**

1. Se han definido Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. 📄
2. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen.
3. Los procesos se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que así apliquen.
4. Se ha definido el proceso a seguir para el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
5. Los procesos incluyen la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.
6. Los procesos están implementados 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 referidas en el estándar GLD.5.5.*

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 de acuerdo al contexto de la organización.

### 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 referidos en el estándar GLD.5.5.*

La organización define el lapso 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, 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 de manera verbal correctamente.**

#### ⇒ PROPÓSITO DE SAD.2.5

*Los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización o subrogados deben considerar las especificaciones de calidad establecidas en 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 esta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

### 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 Biomédico 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 referidas en el estándar GLD.5.5.*

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 Biomédico 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 biomédico 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 biomédico 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 por 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 biomédico.
- g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

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 Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).
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 referidas en los requisitos de GLD. 3.3.*

La organización ha identificado los insumos necesarios para proporcionar Servicios de Radiología e Imagen a sus pacientes e implementa un proceso para asegurar la provisión de estos insumos. Todos los insumos se almacenan 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. La organización ha definido un proceso para el suministro de los insumos necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen. 📄
2. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.
3. Los insumos esenciales están disponibles.
4. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
6. 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 referidas en los requisitos de GLD.5.5.*

Los Servicios de Radiología e Imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias adecuadas acorde a la legislación aplicable vigente quien asume la responsabilidad de las instalaciones y de los servicios proporcionados.

La persona del Servicio de Radiología e Imagen que responda a una consulta clínica o emita una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo acorde a la legislación aplicable vigente. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, su aplicación estará bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen incluyen:

- La elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos.
- La supervisión administrativa de las instalaciones y los servicios.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el Servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
- La implementación de procesos consistentes con los definidos en el alcance de la organización.
- La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- La recomendación de Servicios subrogados de Radiología e Imagen si corresponde.
- 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. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen tienen las funciones siguientes:
  - 2.1. La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
  - 2.2. La supervisión administrativa de las instalaciones y los servicios.
  - 2.3. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
  - 2.4. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
  - 2.5. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
  - 2.6. La recomendación de servicios subrogados de radiología e imagen si corresponde.
  - 2.7. 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 ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo.**

#### PROPÓSITO DE SAD.2.9

*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 referidos en los requisitos de GLD.5.5.*

Cada organización define un Programa de Control de Calidad interno y externo para validar sus procesos acordes a sus recursos y a los Servicios de Radiología e Imagen que brinda.

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 cuenta con un listado y puede localizar expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, con quienes se pone en contacto cuando es necesario. La lista de expertos se encuentra actualizada.

### Elementos Medibles de SAD.2.10

1. El establecimiento conserva una lista actualizada 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

## ATENCIÓN



**ATENCIÓN DE PACIENTES**  
**COP – ATENCIÓN**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES</b>			
COP.0	La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México		
COP.1	La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente		
COP.2	Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.1	Se planea la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.2	Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización	☞	
COP.2.3-AMB	Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico.		
<b>NUTRICIÓN</b>			
COP.3	Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades		
<b>ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR</b>			
COP.4	Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor		
<b>ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS</b>			
COP.5	La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas	☞	
COP.5.1	La organización brinda atención adecuada a las pacientes con urgencia obstétrica	☞	
<b>PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS</b>			
COP.6	La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos		
<b>CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS</b>			
COP.7	La organización define un programa o proceso que guíe de cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas		
<b>TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS</b>			
COP.8-AMB	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis.	☞	
COP.8.1-AMB	Los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis son monitorizados desde que se integran al programa.	☞	
<b>DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</b>			
COP.9	La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos	☞	
COP.9.1	La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos	☞	
<b>ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO</b>			
COP.10	La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo.		

COP.10.1	La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes	↻	
COP.10.2	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma		
COP.10.3	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital		
COP.10.4	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas	↻	
COP.10.5	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos	↻	
COP.10.6-AMB	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.	↻	
COP.10.7	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción		
COP.10.8	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se les administra quimioterapia	↻	
COP.10.9	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales	↻	
COP.10.10	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.	↻	
COP.10.11	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil	↻	
<b>PACIENTES CON CAMBIOS REPENTINOS EN EL ESTADO CLÍNICO</b>			
COP.11	La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios repentinos en el estado clínico del paciente		
<b>PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN</b>			
COP.12	Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia	↻	
COP.12.1	Se ha definido un proceso que guía la reanimación	↻	
<b>PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN</b>			
COP.13	Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión		
<b>PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA</b>			
COP.14	La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos		

## PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

### ESTÁNDAR COP.0

**La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México.**

#### PROPÓSITO DE COP.0

Los programas prioritarios de salud en México han sido diseñados para atender y obtener mejores resultados en salud pública; son congruentes con los compromisos y objetivos a nivel internacional, abatir la morbilidad y mortalidad de los grupos vulnerables. Es indispensable en las organizaciones una planeación, seguimiento y control puntuales que dé como resultado procesos de atención estandarizados con enfoque multidisciplinario, basados en evidencia científica, mejores prácticas nacionales e internacionales y acordes a la legislación aplicable vigente; que correspondan a una atención integral de salud pública. Para ello es imperante la capacitación a todo el personal involucrado en la atención de estos pacientes.

#### Elementos Medibles de COP.0

1. La organización define sus procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de Salud en México y su contexto.
2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guías de práctica clínica y legislación aplicable vigente.
3. Se ha capacitado al personal de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre procesos de atención de pacientes de acuerdo con los programas prioritarios de Salud en México.
4. Se realizan actividades de prevención de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre los programas prioritarios de Salud en México.
5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

### 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 planificarse y 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 condición social ni económica del paciente.
- 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 la 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 en 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. La atención se plantea con enfoque multidisciplinario.
4. La atención se proporciona de la siguiente manera:
  - 4.1. No depende de la condición social ni económica del paciente.
  - 4.2. No depende del día de la semana ni de la hora del día.
  - 4.3. Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.
  - 4.4. 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. 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.2.1**

**Se planea la atención que se brinda a cada paciente.**

#### **PROPÓSITO DE COP.2.1**

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 (AOP), y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones para determinar y priorizar los cuidados, tratamientos y procedimientos para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y su familia participan de manera activa en el proceso de planeación y la toma de decisiones. (PFR).

La atención se planea de manera oportuna y se actualiza basándose en las evaluaciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención del paciente. La atención planeada debe estar relacionada con las necesidades del paciente, las cuales pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una reevaluación 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.

### **Elementos Medibles de COP.2.1**

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 los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico.
3. Las evaluaciones de la atención se documentan en el expediente clínico del paciente.
4. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en las evaluaciones del paciente.
5. Se brinda la atención planeada.

## ESTÁNDAR COP.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización.

### ➔ PROPÓSITO DE COP.2.2 ✍

En los servicios de atención ambulatoria por ejemplo la atención quirúrgica de corta estancia, 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.
- d) Las acciones por seguir en caso de indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.
- e) Si corresponde, cualquier excepción o consideración especial, por ejemplo, indicaciones en situación de urgencia (MISP 2), entre otras.

### Elementos Medibles de COP.2.2

1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 📄
2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.

## ESTÁNDAR COP.2.3

Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico.

### PROPÓSITO DE COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados, junto con sus resultados, se documentan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopias, colocación de accesos vasculares y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos y no invasivos.

### Elementos Medibles de COP.2.3

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.

## NUTRICIÓN

### ESTÁNDAR COP.3

**Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades.**

#### PROPÓSITO DE COP.3

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. Tomando en cuenta la evaluación inicial (AOP) y, si corresponde la evaluación nutricional exhaustiva, así como las necesidades y el plan de atención del paciente, personal clínico calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.


El paciente participa en la planificación y selección de los alimentos. Cuando sea posible, se ofrece a los pacientes una variedad de opciones de alimentos coherentes con su estado nutricional y/o prescripción médica.

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.

Durante el proceso de atención nutricional se pueden cometer errores desde la indicación de la dieta para el paciente, al solicitar los alimentos al área o servicio de nutrición, al momento de prepararlos o durante la dotación de la dieta, por lo tanto y con el fin de prevenirlos, la organización define un proceso seguro para cubrir las necesidades nutricionales acorde a las características clínicas y preferencias del paciente, este proceso incluye al menos:

- a) La planificación de las necesidades nutricionales desde la evaluación inicial y, si corresponde, la evaluación nutricional exhaustiva (AOP).
- b) La correcta identificación del paciente en la dotación de alimentos (MISP.1).
- c) Identificación de errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición.
- d) Cuando se trate de un servicio subrogado considerar especificaciones de calidad (GLD.5.5).
- e) Cuando la familia o algún otro acompañante suministren alimentos, definir la forma en que deberá llevarse a cabo la educación al respecto (PFE).

#### Elementos Medibles de COP.3

1. La organización ha definido un proceso para brindar una nutrición acorde al estado y necesidades del paciente que incluye al menos, los incisos de la a) hasta la e) definidos en el propósito. 
2. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están disponibles.
3. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
4. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.
5. Se brindan los alimentos acordes a lo definido por la organización.
6. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.

## ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR

### ESTÁNDAR COP.4

**Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.**


#### PROPÓSITO DE COP.4

El dolor puede ser una experiencia frecuente en los pacientes e incluso ser la causa por la cual está siendo atendido; El dolor puede ser algo esperado en ciertos procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. El dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos, por lo tanto, se le informa al paciente y su familia la posibilidad de presentar dolor durante el proceso de atención, y se le brindan opciones disponibles para su manejo. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación inicial (AOP) y manejo adecuado del dolor (PFR).

Basándose en el alcance de los servicios prestados y el contexto de la organización se define un proceso que guía la atención de pacientes con dolor, el proceso definido describe, al menos, los siguientes puntos:

- a) Identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones (AOP).
- b) Cómo se llevará a cabo el manejo del dolor, de acuerdo a directrices o protocolos con evidencia científica, tomando en cuenta las necesidades del paciente y el plan de atención u objetivos esperados, por ejemplo, pacientes en situación terminal.
- c) La identificación de grupos de pacientes en los cuales se deben tomar consideraciones especiales; por ejemplo, pacientes en trabajo de parto, pacientes postquirúrgicos, pacientes con dolor abdominal en estudio, pacientes neonatos, pacientes bajo sedación, entre otros.
- d) Cómo se brindará información a los pacientes en los que se espera que presenten dolor durante el proceso de atención (PFE).
- e) 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.4

1. La organización define un proceso para la atención del dolor que, al menos incluye los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.

## ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS

**ESTÁNDAR COP.5 La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

### **ESTÁNDAR COP.5.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

**La organización brinda atención adecuada a las pacientes con emergencia obstétrica.**

#### **➔ PROPÓSITO DE COP.5.1**

El grupo de pacientes con urgencia obstétrica debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, requieren de una planeación y definición de un proceso de atención, seguimiento y control puntuales para obtener los mejores resultados para el binomio. Se debe brindar una atención médica oportuna, integral y de calidad, por un equipo multidisciplinario de alta competencia y con criterios estandarizados, que coadyuven a la disminución de la morbilidad y mortalidad obstétrica.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes con urgencia obstétrica, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

- a) La integración de un equipo con las competencias necesarias.
- b) La disponibilidad de los equipos de respuesta en los horarios de atención.
- c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención.
- d) El mecanismo mediante el cual se identificarán a las pacientes con riesgo obstétrico desde su ingreso.
- e) Cómo se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con emergencia obstétrica.
- f) El mecanismo para alertar y solicitar la participación del equipo de respuesta.
- g) La monitorización y seguimiento de la paciente.

#### **Elementos Medibles de COP.5.1**

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, cómo se llevará cabo el proceso que guía la atención de las pacientes con emergencia obstétrica, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 📄
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.



## PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS

### ESTÁNDAR COP.6

**La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos.**

#### ★ PROPÓSITO DE COP.6


Los pacientes en situación terminal 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 define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

- 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) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar.
- d) El respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.

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.6

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito. 
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

## CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

### ESTÁNDAR COP.7

La organización define un proceso que guíe la atención de obesidad y enfermedades metabólicas de acuerdo con su nivel de atención, normatividad vigente aplicable, capacidad instalada y conforme a la estructura indispensable para tales fines.

### PROPÓSITO DE COP.7

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 las 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 servicios de atención ambulatoria 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) La definición de los criterios de elegibilidad para entrar al proceso.
- b) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
- c) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada.
- d) La adecuación de las directrices, protocolos y/o guías clínicas con evidencia científica para la atención de los pacientes.
- e) La monitorización y seguimiento del paciente.

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).

Cuando alguno de los aspectos del proceso se desarrolle en un establecimiento diferente al que se implemente el Modelo, por ejemplo, la consulta, planificación y seguimiento se desarrollen en un establecimiento, pero el procedimiento quirúrgico se desarrolle en otro establecimiento, todos los incisos y elementos medibles de este estándar que se correspondan deberán estar especificados en el proceso y deberán ser evaluados a través de Especificaciones de Calidad como lo establece GLD.5.5

### Elementos Medibles de COP.7

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención ambulatoria de obesidad y enfermedades metabólicas, y es especialmente importante que incluyan al menos, los incisos del a) a la e) definidos en el propósito. 
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.
4. Cuando corresponde se supervisan y verifican se cumplan las especificaciones de calidad definidas en el proceso.

## TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS

### ESTÁNDAR COP.8 (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.8 ✍️

El grupo de pacientes que reciben 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 otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras.
- 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 por 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, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes.
- h) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.

Cuando el establecimiento 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.8

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 al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

### ESTÁNDAR COP.8.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis son monitorizados desde que se integran al programa.

#### ➔★ PROPÓSITO DE COP.8.1 ✍️

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 Único de Evaluación de la Calidad y a la legislación aplicable vigente.


El proceso que guía la atención de los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis, además de los elementos definidos en el estándar anterior, incluye 3 fases:

- I. La integración y documentación de la información del paciente al Programa de hemodiálisis en un expediente clínico, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
  - Historia Clínica;
  - Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso al programa;
  - Prescripción dialítica y frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
  - Serología Viral: Detección de antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, 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 al menos tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
  - Depuración de creatinina (si el médico que prescribe lo solicita)
  - Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
  - Electrocardiograma de 12 derivaciones
  
- II. La monitorización y documentación en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
  - Peso del paciente pre y post diálisis
  - Presión arterial pre, trans y post diálisis
  - Temperatura pre, trans y post diálisis
  - Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis
  - Frecuencia respiratoria pre, trans y postdiálisis
  - Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres. entre otros;
  - Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis (por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones)
  - Cada uno de los elementos deberá ser documentado en el expediente clínico del paciente.
  
- III. El análisis y documentación del resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
  - Diagnóstico nefrológico
  - Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
  - Tiempo en el programa de Hemodiálisis
  - Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.)
  - Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes
  - Peso seco habitual
  - Ganancia Inter dialítica en el mes
  - Alergias
  - Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente
  - Problemas Complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis
  - Cinética de urea (Kt/V)
  - Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente

- Vacunas recibidas (si se le aplicaron en el mes)
- Candidato a trasplante (Sí o No)
- Otros hallazgos relevantes y recomendaciones para el seguimiento del paciente, si aplica.

Cuando el establecimiento subroga la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, y esta ofrece la terapia como parte de sus servicios, se integran todos los elementos correspondientes con sus incisos del como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado (GLD)

### Elementos Medibles de COP.8.1

1. La organización ha definido un proceso que guía la monitorización integral del programa, el cual incluye, al menos, lo siguiente: 
2. Al integrar pacientes al programa de hemodiálisis, se documentan en el expediente clínico, lo siguiente:
  - 2.1. Historia Clínica.
  - 2.2. Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso del programa.
  - 2.3. 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).
  - 2.4. Biometría Hemática completa.
  - 2.5. Electrolitos séricos.
  - 2.6. Química sanguínea, de al menos, de tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
  - 2.7. Depuración de creatinina, si corresponde.
  - 2.8. Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
  - 2.9. Electrocardiograma de 12 derivaciones.
3. Se monitorea y documenta en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos:
  - 3.1. Peso del paciente pre y post diálisis.
  - 3.2. Presión arterial pre, trans y post diálisis.
  - 3.3. Temperatura pre y post diálisis.
  - 3.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.
  - 3.5. Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.
  - 3.6. Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, entre otros.
  - 3.7. Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis, por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones, entre otros.
4. Se analiza y documenta el resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
  - 4.1. Diagnóstico nefrológico.
  - 4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
  - 4.3. Tiempo en el programa de Hemodiálisis.
  - 4.4. Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).
  - 4.5. Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.
  - 4.6. Peso seco habitual.
  - 4.7. Ganancia interdialítica en el mes.
  - 4.8. Alergias.
  - 4.9. Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.
  - 4.10. Problemas y/o complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.

- 4.11. Cinética de urea (Kt/V).
- 4.12. Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.
- 4.13. Vacunas recibidas, si aplica.
- 4.14. Candidato a trasplante (Sí o No).
- 4.15. Otros hallazgos que se consideren importantes para el seguimiento del paciente, si aplica.
- 5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
- 6. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran la totalidad de los elementos correspondientes descritos en el estándar como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).

**COP.9 La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

**COP.9.1 La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

## ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

### ESTÁNDAR COP.10.

La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo.

#### ⇒ Estándar COP.10.1(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.

⇒ Estándar COP.10.2 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

⇒ Estándar COP.10.3 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

#### ⇒ ESTÁNDAR COP.10.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

#### ⇒ Estándar COP.10.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos.

#### ⇒ Estándar COP.10.6(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.

#### ⇒ ESTÁNDAR COP.10.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.

#### ⇒ ESTÁNDAR COP.10.8(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se les administra quimioterapia.

⇒ Estándar COP.10.9 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

#### ⇒ ESTÁNDAR COP.10.10 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administren radiofármacos/ radioterapia.

⇒ Estándar COP.10.11 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

#### ⇒ PROPÓSITO DE COP.10 A COP.10.11

Los establecimientos que ofrecen servicios de atención ambulatoria, 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 caracteriza 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.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada y segura, la organización puede hacer uso de guías de práctica clínica, protocolos, planes de atención, vías clínicas y/o buenas prácticas o similares, acorde al contexto y capacidad resolutoria de la misma, para guiar el proceso de atención y que el personal involucrado actúe de manera oportuna y estandarizada.

Para lograr esto, la organización debe identificar a los pacientes o servicios (procedimientos) que considerará de alto riesgo, acorde a lo descrito en el párrafo anterior, definir el proceso que guiará la atención de los mismos y capacitar al personal involucrado en realizar dichos procesos, acorde a su contexto y capacidad resolutive, legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

Es de suma importancia que durante el proceso de atención se minimicen los riesgos propios de la patología y características del paciente, así como los riesgos secundarios al otorgamiento de los servicios, por ejemplo (cuando aplique), las reacciones post transfusionales, infecciones cruzadas, eventos adversos graves o centinelas secundarios a errores en la administración de quimioterapias, entre otros.

Para fines del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se consideran pacientes de alto riesgo, al menos, los siguientes siete grupos, siempre y cuando estén presentes de manera habitual o forme parte de los servicios otorgados por la organización:

- Pacientes en quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.
- Pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.
- Pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.
- Pacientes que en quienes se administra quimioterapia.
- Pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.

Además del grupo de pacientes o procedimientos (servicios) 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 y gestión de riesgos, los procesos, guías clínicas, protocolos, vías clínicas o similares que guían la atención de cada grupo de pacientes de alto riesgo, y es especialmente importante que se considere en el diseño, al menos, los siguientes puntos:

- a. Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutive de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.
- b. Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.
- c. Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.
- d. Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
- e. Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.
- f. La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.

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.
- h. La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.



### Elementos Medibles de COP.10

1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo o servicios de alto riesgo, acorde a su contexto y capacidad de resolución. 📄
2. Se ha capacitado al personal sobre el proceso de atención de los pacientes de alto riesgo.
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 a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
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 con enfermedades infectocontagiosas**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
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 inmunodeprimidos**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
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 Diálisis Peritoneal**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
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 que requieren contención física, mediante sujeción**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
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 en quienes se administra quimioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
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 administran radiofármacos/radioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

**COP.11** La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios en el estado clínico del paciente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

## PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN

### ESTÁNDAR COP.12. (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.

#### ➡★PROPÓSITO DE COP.12 ✍

Toda organización que se dedique a la salud está expuesta a tratar urgencias aun y cuando no forme parte de los servicios otorgados. Los pacientes pueden desestabilizarse, complicarse o simplemente llegar al establecimiento pensando que por contar con personal médico tienen la capacidad de tratar una urgencia.

Entendemos la urgencia como todo aquel problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. Esto aplica tanto para una paciente post-cesárea que presenta un sangrado activo no identificado durante el procedimiento, como para aquel paciente sentado en la sala de espera que acude a la consulta de gastroenterología con malestar difuso en epigastrio y que en realidad está presentando un infarto o angina de pecho. En ambos casos, las urgencias no son algo que estamos esperando encontrar, sin embargo, forman parte de los riesgos a los que nos enfrentamos cuando prestamos servicios de atención médica.

Aun y cuando no podemos predecir el momento en el que se presentara una urgencia, su identificación temprana y manejo general a demostrado brindar los mejores resultados para los pacientes que las presentan. De ahí la importancia de la planificación de la atención en caso de presentarse cualquier caso.

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevivir y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia. El enfoque de evaluación inicial ABCDE no debe confundirse con el proceso de Triage de Urgencias (ACC) ni con los procesos de evaluación inicial del paciente hospitalizado (AOP), cuyos objetivos difieren a los de esta herramienta. Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

- Proporcionar un tratamiento que salve vidas
- Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables
- Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
- Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento
- Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

Con el propósito de estandarizar la atención de los pacientes que pudieran presentar una urgencia, la organización establece un proceso acorde a su nivel de resolución que incluya al menos lo siguiente:

- a) Identifica las situaciones en las que fuera del servicio de urgencias pudieran presentarse estos casos, por ejemplo, paciente post-operado con sangrado activo no identificado en hospitalización, paciente inconsciente en sala de espera, paciente con shock anafiláctico por medio de contraste en radiología.
- b) Adaptar el proceso de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) al contexto del área así como a las habilidades y competencias del personal.
- c) Determinar cómo se brindará o solicitará la atención en las áreas o situaciones de riesgo.
- d) Como se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.
- e) Cuáles serán las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
- f) Definir los insumos y equipos especializados así como la logística para el acceso a éstos.
- g) Determinar la forma en que el paciente será movilizado cuando no se encuentre en un área clínica de atención.
- h) Determinar la forma en que el paciente será trasladado cuando el establecimiento no cuente con la capacidad de atención, así como los contactos de ambulancias y hospitales receptores.

El objetivo de este proceso no es que todo el personal de todas las áreas cumpla con la competencia para la evaluación de un paciente en estado de urgencia, sino, más bien, que la organización cuente con las herramientas para alertar al personal que brindara la atención y esta se otorgue de manera estandarizada y eficiente. Este proceso podrá alinearse al proceso que guía la reanimación.

En las áreas de urgencias o de atención médica continua este proceso forma parte de la evaluación inicial del paciente adaptado a su contexto.

### Elementos Medibles de COP.12

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes en situación de urgencia, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. En las áreas de urgencia el proceso es adaptado e implementado acorde a su contexto de aplicación.

### ESTÁNDAR COP.12.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE) Se ha definido un proceso que guía la reanimación.

#### 🔄 ★ PROPÓSITO DE COP.12.1 ✍️


El paro cardiorrespiratorio es un evento frecuente en el ambiente intrahospitalario. Los equipos de reanimación se pueden definir como las intervenciones clínicas de emergencia para la atención de pacientes que experimentan un evento crítico que pone en riesgo la vida, por ejemplo, un paro cardíaco o respiratorio. Independiente del mecanismo por el cual se llega al paro cardiorrespiratorio, la probabilidad de lograr reestablecer la actividad cardíaca y lograr una sobrevivida con función neurológica adecuada depende fundamentalmente de la rapidez con la cual se reconoce el evento y se inician las maniobras de reanimación, la calidad y continuidad de estas maniobras y el manejo post-paro luego de restablecida la circulación espontánea.

La planificación de equipos de reanimación presentes durante un evento ha demostrado tasas de mortalidad menores en los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio con relación a los pacientes en los que no actúa este tipo de equipos. La identificación del equipo o equipos de reanimación deben estar disponibles para todos los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año y es fundamental contar con personal con las competencias necesarias (SQE) y los insumos o el equipo médico para brindar una atención oportuna y de calidad. El soporte vital básico, se debe otorgar inmediatamente al identificar a un paciente en paro y contar con un mecanismo para solicitar y proporcionar el soporte vital avanzado, por ejemplo, código de emergencia específico. El proceso de reanimación se debe basar en la evidencia científica y estar acorde al tipo de población del contexto de la organización y de los servicios que oferta, además, podrá alinearse al proceso de atención de pacientes en situación de urgencia

Con el fin de otorgar una atención estandarizada, la organización define, a través de un análisis multidisciplinario y acorde a su capacidad resolutive, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

- a) La identificación de los equipos de reanimación las 24 horas del día, los 365 días del año.
- b) La logística para la activación del proceso y personal del equipo de reanimación.
- c) Proceso mediante el cual se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con paro cardiorrespiratorio (soporte vital básico).
- d) Proceso mediante el cual se brindará soporte vital avanzado.
- e) Proceso que defina cómo se llevarán a cabo los cuidados post reanimación.
- f) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, acorde a los grupos de población que se atiende así como la logística para que estos sean accesibles en el lugar del incidente.

### Elementos Medibles de COP.12.1

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

**COP.13** Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

## PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA

### ESTÁNDAR COP.14

La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos.

#### ★ PROPÓSITO DE COP.14

Los láseres son una fuente de radiación óptica, que incluye radiación ultravioleta, luz visible de alta intensidad y radiación infrarroja. El haz estrecho de luz de alta intensidad de un láser se puede apuntar y enfocar para procedimientos quirúrgicos precisos. Las cirugías con láser son generalmente mínimamente invasivas con menos pérdida de sangre que la cirugía convencional, y los pacientes suelen experimentar tiempos de recuperación más cortos. El uso de láseres se está volviendo más común en el cuidado de la salud a medida que la tecnología láser evoluciona y se amplían las aplicaciones clínicas.


Casi todos los láseres y dispositivos de radiación óptica que se utilizan en el entorno clínico representan peligros potenciales para los pacientes y el personal si no se establecen y siguen los procedimientos y las pautas de seguridad. Los láseres y los dispositivos de radiación óptica pueden generar concentraciones intensas de calor, luz y luz reflejada. Cuando la piel y los ojos están expuestos al calor y la luz sin la protección adecuada, pueden producirse quemaduras en la piel y lesiones oculares, como quemaduras en la retina, cataratas y degeneración macular. Las lesiones pueden provenir del contacto directo con la luz o con la luz reflejada del láser.

El Jet del láser son otro peligro potencial. Estos son los vapores, el humo y las partículas que se producen cuando el láser entra en contacto con los tejidos durante algunos procedimientos quirúrgicos. El Jet del láser presentan un riesgo respiratorio potencial para los pacientes y el personal, ya que pueden contener irritantes, toxinas, tejidos, bacterias, virus, fragmentos de sangre y otras partículas, según el tipo de procedimiento.

Para prevenir estos peligros y abordar los riesgos de seguridad para los pacientes y el personal, la organización define e implementa lineamientos y procesos para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación que incluyen al menos los siguiente:

- a) Capacitación en prácticas y procedimientos de seguridad para todo el personal involucrado en el uso de láseres y dispositivos de radiación óptica.
- b) Criterios de acceso para autorizar al personal que ingresa o trabaja en las áreas (zonas de riesgo) donde se utilizan láseres y otras radiaciones ópticas; considerando a los profesionales de la salud que realizan los procedimientos con láser y a todo el personal que opera los láseres o que forma parte del equipo de atención.
- c) Ayudas visuales de advertencia fuera de la(s) sala(s) de procedimientos para alertar al personal, los pacientes, las familias y los visitantes cuando se está realizando un tratamiento o procedimiento.
- d) Ventilación adecuada para ayudar a controlar las columnas de humo (jet del láser).
- e) Uso de instrumentos no reflectantes para evitar exposiciones a la luz reflejada.
- f) Uso de cortinas y otras barreras para evitar que el personal, los pacientes, las familias y los visitantes estén expuestos a luz directa o reflejada.
- g) Disponibilidad de equipos de protección personal para el personal y los pacientes adecuados al tipo de láser y dispositivos de radiación óptica utilizados y tipo de procedimientos realizados en el establecimiento (por ejemplo, lentes, protectores corneales, máscaras, guantes y batas, según corresponda).
- h) Un programa de mantenimiento para láseres y dispositivos de radiación óptica y un proceso para comprobaciones de rutina como calibración y alineación.

#### **Elementos Medibles de COP.14**

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes en donde se utilizan láseres y otros dispositivos de radiación óptica, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

# ATENCIÓN QUIRÚRGICA

*Anesthesia and Surgical Care*

---

# ASC

## CIRUGÍA



**ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA**  
**ASC – CIRUGÍA**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición	Nuevo	Nivel
<b>ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN</b>					
ASC.1	Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente				
ASC.2	Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación				
ASC.3	Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación				
<b>SEDACIÓN Y ANESTESIA</b>					
ASC.4	Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación				
ASC.4.1	Se lleva a cabo una evaluación presedación				
ASC.4.2	Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación	↻			
ASC.5	El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción	↻			
ASC.6	Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente				
ASC.6.1	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				
ASC.6.2	Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada				
ASC.6.3	Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia	↻			
ASC.7	Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo				
<b>ATENCIÓN QUIRÚRGICA</b>					
ASC.8	Se planea la atención quirúrgica de cada paciente				
ASC.8.1	Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre				
ASC.8.2	Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias				
ASC.8.3	Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica				
ASC.8.4	Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato	↻			
ASC.8.5	Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía				

## 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.

Si el establecimiento de atención ambulatoria proporciona servicios de anestesia y sedación, propios o subrogados, estos deben cumplir con la legislación aplicable vigente.

Cuando el servicio de atención ambulatoria 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.1

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente, si corresponde.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación, si corresponde.

### 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:

- La elaboración, implementación y actualización de los procesos;
- La gestión administrativa;
- La implementación de un programa de control de calidad, que incluya al menos: verificación del mantenimiento y buen funcionamiento de las máquinas de anestesia, monitores, gases medicinales, entre otros;
- análisis de eventos adversos que se presentan por situaciones debidas al uso de anestesia y/o sedación;
- cumplimiento y apego a llenado correcto y completo del expediente clínico
- 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.

### **ESTÁNDAR ASC.3**


**Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.**

#### **★ PROPÓSITO DE ASC.3**

A la sedación y anestesia se las ve comúnmente como un continuo que va desde una sedación mínima a la anestesia total. La respuesta de un paciente puede deslizarse a lo largo de ese continuo, durante el cual se encuentran en riesgo los reflejos de la vía aérea que protegen al paciente. La sedación y la anestesia son procesos complejos, que requieren de ser monitorizados, implementando mecanismos para proporcionar una revisión continua de los servicios.

Cuando la organización subroga el servicio de sedación y/o anestesia, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. Dentro de las responsabilidades del personal que coordina y gestiona la sedación y/o anestesia es la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. La implementación de un programa de control de la calidad en los servicios de Anestesiología y sedación constituye una necesidad.

#### **Elementos medibles ASC.3**

1. Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación. 
2. Se define las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.
3. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
4. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

## SEDACIÓN Y ANESTESIA

### ESTÁNDAR ASC.4

Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación.

#### PROPÓSITO DE ASC.4 ✍️

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 otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutoria de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente.
- b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
- c) El proceso de consentimiento informado, si corresponde.
- d) La monitorización del paciente durante el proceso de atención.
- e) Las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
- f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.

En el caso de la sedación, la organización define qué médicos no anesthesiólogos están autorizados para administrarla y las áreas o servicios donde se puede administrar, independientemente del quirófano así como los procedimientos permitidos

Cuando el servicio de atención ambulatoria 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.4

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 incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
3. La organización define qué servicios y qué médicos no anesthesiólogos 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 incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 📄
5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

#### ESTÁNDAR ASC.4.1

Se lleva a cabo una evaluación presedación.

#### ESTÁNDAR ASC.4.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.

## ➔ PROPÓSITO DE ASC.4.1 Y ASC.4.2

La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso establecer un proceso estandarizado.

El anestesiólogo o médico autorizado por la organización realiza una evaluación pre-sedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente; Se define el alcance y el contenido de esta evaluación, la cual debe incluir la valoración de la vía aérea.

Durante la sedación, el médico que la administra, 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 durante |

Se mantiene un único nivel de atención en todas las áreas y/o servicios donde se administre sedación, llevada a cabo por el anestesiólogo o cualquier otro médico autorizado.

### Elementos Medibles de ASC.4.1

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.4.2

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.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

**El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción.**

## ➔ PROPÓSITO DE ASC.5

La anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, por lo que su administración debe planearse con base en una valoración preanestésica, la cual también servirá para planear el uso de la analgesia postquirúrgica.

La valoración preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y su planeación;
- manejo adecuado de la vía aérea
- administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación preanestésica debe realizarse antes de la intervención del paciente, o en el caso de una emergencia en un momento previo al procedimiento quirúrgico.

La evaluación pre-inducción 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.5**

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente antes de la intervención al paciente.
2. La valoración preanestésica la realiza un médico anesthesiologo.
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 anesthesiologo.
6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.

### **ESTÁNDAR ASC.6**

**Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.**

### **PROPÓSITO DE ASC.6**

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.6**

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. El plan se documenta en la nota preanestésica del expediente clínico.

### **ESTÁNDAR ASC.6.1**

**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.6.1**

El proceso de planeación anestésica incluye la información al paciente, a su familia y/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 anesthesiologo o en el caso de la sedación el médico autorizado por la organización.

### **Elementos Medibles de ASC.6.1**

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 y se documenta.
2. La información la brinda un médico anesthesiologo 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 y se documenta.
4. La información la brinda un médico anesthesiologo.

### **ESTÁNDAR ASC.6.2**

**Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.**

### **PROPÓSITO DE ASC.6.2**

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.6.2**

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.6.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

**Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia.**

#### **➔ PROPÓSITO DE ASC.6.3**

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.6.3**

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.7**

**Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anesthesiólogo.**

#### **PROPÓSITO DE ASC.7**

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 anesthesiólogo 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.7**

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 anesthesiólogo 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.8

**Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.**

#### PROPÓSITO DE ASC.8

Debido a que la cirugía ambulatoria 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 solo no constituye un diagnóstico.

#### Elementos Medibles de ASC.8

1. Se planea la atención quirúrgica ambulatoria 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 ambulatoria planeada.

### ESTÁNDAR ASC.8.1

**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.8.1

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:

- los riesgos del procedimiento planeado;
- los beneficios del procedimiento planeado;
- las posibles complicaciones; y
- las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando pueda necesitar 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.8.1

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 ambulatorio 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.



ASC.8.2 Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

### **ESTÁNDAR ASC.8.3**

**Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica.**

#### **PROPÓSITO DE ASC.8.3**

La atención postquirúrgica ambulatoria 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 ambulatoria planeada.
- c) Cirugía ambulatoria 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) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, si corresponde.
- l) Estado postquirúrgico inmediato.
- m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
- n) Pronóstico.
- o) Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- p) Otros hallazgos de importancia para el paciente.
- q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

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.8.3**

1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.
2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, los incisos de la a) a la q) definidos en el propósito.
3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

### **ESTÁNDAR ASC.8.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**

**Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato.**

#### **⇒ PROPÓSITO DE ASC.8.4**

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía ambulatoria 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.8.4**

1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía ambulatoria.
2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.
3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el período postoperatorio inmediato.
4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.

#### **ESTÁNDAR ASC.8.5**

**Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.**

#### **PROPÓSITO DE ASC.8.5**

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 ambulatoria, 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.8.5**

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. Los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico.

# EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y A SU FAMILIA

*Patient and Family Education*

---




# PFE

## EDUCACIÓN

**EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y SU FAMILIA**

**PFE – EDUCACIÓN**

**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
PFE.1	La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas		
PFE.2	Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo		
PFE.2.1	Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo		
PFE.3	Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo		
PFE.3.1	La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención		
PFE.3.2	La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México		
PFE.4	Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo		
PFE.5	Se proporciona educación acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad como parte del proceso educativo		
PFE.6	Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo		
PFE.7	El proceso educativo incluye a terceros		
PFE.8	El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo		

## 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:

#### I. 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.

#### II. Basada en la condición clínica del paciente y en aspectos relacionados con programas de prevención y promoción de la salud.

La prevención y promoción de la salud deben ser las prioridades de un establecimiento que brinda atención primaria.

Para este fin, el establecimiento cuenta con programas, de acuerdo a las características de la población que atiende, su misión y sus recursos, se incluyen al menos los siguientes programas:

- Salud Materna y Perinatal.
- Control del niño sano.
- Atención integral del adolescente.
- Atención integral del adulto mayor.
- Enfermedades crónico degenerativas prevenibles (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades Cardio y cerebrovasculares).
- Prevención y control de la Tuberculosis.
- Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia).
- Violencia Familiar.
- Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
- Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (cervicouterino, mama, próstata).
- Infecciones respiratorias (incluyendo influenza y COVID-19).
- Enfermedades diarreicas.
- Adicciones.
- Salud Bucal.
- Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona. Un ejemplo en nuestro país de programas integrales dirigidos a la promoción de la salud ya la prevención de alto impacto en nuestro país son los programas de PrevenIMSS y PrevenISSSTE.

#### III. 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 al reglamento hospitalario, terceros pagadores (aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

#### IV. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Son aquellos elementos del Modelo en los que el paciente tiene participación y por consiguiente, requieren de educación como al menos:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).



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:

- Designar un coordinador de educación.
- Crear un comité de educación.
- Crear un servicio de educación.
- Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, la organización define:

- Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su familia.
- La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.
- 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.
- El lugar en donde se documenta la educación organizacional y la del Modelo.

#### 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: 
  - 1.1. Basada en las necesidades específicas de cada paciente.
  - 1.2. Basada en la condición clínica y los programas de prevención y promoción a la salud.
  - 1.3. Organizacional.
  - 1.4. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
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, 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:

- las creencias y valores del paciente y de su familia;
- su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
- las barreras emocionales y las motivaciones;
- las limitaciones físicas y cognitivas;
- la disposición del paciente para aprender; y
- la habilidad para realizar un procedimiento.

La primera perspectiva del proceso educativo es la basada en las necesidades específicas de cada paciente, mediante la búsqueda intencionada, estandarizada y sistemática de las dudas e inquietudes del paciente, como parte de la evaluación inicial, una forma de identificar estas necesidades, por ejemplo, es preguntando directamente a cada paciente sobre sus dudas e inquietudes particulares

La evaluación inicial relacionada con el proceso educativo tiene como objetivo:

- Evaluar de manera intencionada las barreras para el aprendizaje de cada paciente
- 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,
- 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,
- Documentar el resultado de las evaluaciones, y en el caso de las necesidades específicas de educación, registrarlas tal como las expresa el paciente.
- Proporcionar educación relacionada a las necesidades específicas de cada paciente.
- 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 reevaluar, los intervalos de tiempo en que se realizan las reevaluaciones y, si corresponde, su documentación; asimismo, el personal clínico que llevará a cabo dichas reevaluaciones.

## 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 reevaluación, si corresponde. 📄
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje.
4. Se completa la evaluación de barreras para el aprendizaje de acuerdo a lo definido por la organización.
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 reevaluación, si corresponde. 📄
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación.
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
- Salud Mental

#### **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, violencia familiar, violencia de género y Acoso sexual.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, autocuidado, detección y atención temprana especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardiológicos y cerebrovasculares.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana 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.
7. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre salud mental.

### **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, terceros pagadores (Programas Gubernamentales de cobertura sanitaria, 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 Único de Evaluación de la Calidad General como parte del proceso educativo.**

#### **PROPÓSITO DE PFE.5**

La cuarta perspectiva del proceso educativo es la establecida por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, que incluye educación para todos los pacientes en los siguientes temas al menos:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).
- Fomento a la Lactancia Materna, si corresponde.

### **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.

### **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 retroalimentación 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, 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 por 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.

# APARTADO.5 ESTÁNDARES

**GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**





# GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

*Management of Communication and Information*



# MCI

## INFORMACIÓN

**GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN**  
**MCI – INFORMACIÓN**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
MCI.1	Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización		
MCI.2	Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante		
MCI.3	Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información		
MCI.4	La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información		
MCI.5	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		
MCI.6	En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario		
MCI.7	Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado		
MCI.8	El personal es capacitado para gestionar la información		
MCI.9	La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito		
<b>AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>			
MCI.10	La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión		
MCI.10.1	La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información		
MCI.10.2	La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas		
<b>GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN</b>			
MCI.11	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		
MCI.12	Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención		
MCI.12.1	La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles		
MCI.13	La comunicación es efectiva en toda la organización		
MCI.14	Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos		

**TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN SALUD**

MCI.15	La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud	
MCI.16	Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente	
MCI.17	La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos	

**EXPEDIENTE CLÍNICO**

MCI.18	El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención	
MCI.19	Cada paciente cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.1	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	
MCI.19.2	El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad	
MCI.19.3-AMB	Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias o Atención Médica Continua, cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.4	La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente	
MCI.20	Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente	
MCI.20.1	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	
MCI.21	Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos	

## 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 establecimiento de atención ambulatoria. 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, 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.
7. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

### 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 a su contexto y a 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 con el 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 de acuerdo al cargo laboral y función, incluido el personal en formación.


En el proceso se define:

- la información a la cual tiene acceso el personal;
- la obligación del usuario de mantener la seguridad y la integridad de los datos y/o la información; y
- el proceso por 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 períodos 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 acorde a la legislación aplicable vigente. 📄
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**

**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.5**

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.
- Ofrecer interpretación o aclaración de datos.

#### **Elementos Medibles de MCI.5**

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.6**

**En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.6**

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 cual ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios. 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.6**

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.7**

**Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.7**

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.7**

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.
3. El expediente clínico forma parte de este proceso contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

### **ESTÁNDAR MCI.8**

**El personal es capacitado para gestionar la información.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.8**

El personal de la organización que genera, recolecta, analiza y utiliza los datos y 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.
- Usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

El personal está capacitado según corresponda, de acuerdo con 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.8**

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.9

La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito.

### PROPÓSITO DE MCI.9 ✍️

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.
- 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 Único de Evaluación de la Calidad, están vigentes y fueron realizados conforme al proceso definido por la organización.

### Elementos Medibles de MCI.9

1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 📄
2. El proceso está implementado.
3. Todos los documentos relacionados con el Modelo Único de Evaluación de la Calidad se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.
4. Los documentos que se manejan en la organización son resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración.

## AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### ESTÁNDAR MCI.10

La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión.

#### ESTÁNDAR MCI.10.1

La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.

#### ESTÁNDAR MCI.10.2

La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

### PROPÓSITO DE MCI.10 A MCI.10.2

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 establecimiento de atención ambulatoria 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.10

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.10.1

1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información. 
  - 1.1. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.
  - 1.2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.
  - 1.3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

#### Elementos Medibles de MCI.10.2

1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de estas.
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.11

**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.11

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:

- Información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención.
- Información sobre la calidad de los servicios.

La información se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

La DGCES cuenta, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php>

#### Elementos Medibles de MCI.11

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.12

**Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención.**

#### PROPÓSITO DE MCI.12

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece el establecimiento, 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.12

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.12.1**

**La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.12.1**

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.12.1**

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.13**

**La comunicación es efectiva en toda la organización.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.13**

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.13**

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.14**

**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.14**

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.14**

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.

**MCI.15** La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

**MCI.16** Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

**MCI.17** La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)



## EXPEDIENTE CLÍNICO

### ESTÁNDAR MCI.18

**El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención.**

#### PROPÓSITO DE MCI.18

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.18

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.19

**Cada paciente cuenta con un expediente clínico.**

#### PROPÓSITO DE MCI.19

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 e 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.19

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.19.1

**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.19.2

**El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.**

#### ESTÁNDAR MCI.19.3

**Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias o Atención Médica Continua cuenta con un expediente clínico.**

### **PROPÓSITO DE MCI.19.1 A MCI.19.3**

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 Único de Evaluación de la Calidad. 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.

#### **Elementos Medibles de MCI.19.1**

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.19.2**

1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.
2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

#### **Elementos Medibles de MCI.19.3**

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.19.4**

**La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.19.4**

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del establecimiento 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 transfiere 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.

#### **Elementos Medibles de MCI.19.4**

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.20**

**Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente.**

##### **ESTÁNDAR MCI.20.1**

**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.20 Y MCI.20.1**

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.20**

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.20.1**

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.21**

**Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.**

#### **PROPÓSITO DE MCI.21**

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 o grupo de trabajo), 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.

Para este fin, la DGCES cuenta con el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) el cual está ubicado en la siguiente liga: <https://desdgc.es.salud.gob.mx/mecic/index.php>.

### **Elementos Medibles MCI.21**

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 o grupo de trabajo 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

## LIDERAZGO

**GOBIERNO LIDERAZGO Y DIRECCIÓN**  
**GLD – LIDERAZGO**  
**Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)**

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
<b>GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN</b>			
GLD.1	Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización		
GLD.2	El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización		
GLD.2.1	Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización		
GLD.3	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización		
GLD.3.1-AMB	El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del establecimiento, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.		
GLD.3.2-AMB	El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del establecimiento.		
GLD.3.3	El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización		
GLD.3.4-AMB	El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del establecimiento.		
GLD.3.5	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		
GLD.3.6	La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones		
GLD.3.7	Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad		
<b>LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN</b>			
GLD.4	Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente		
GLD.4.1	Identificación y formación de líderes		
GLD.5	El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión		
GLD.5.1	Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende		
GLD.5.2	La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa		
GLD.5.3	Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos		
GLD.5.4	Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria		

GLD.5.5	Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados	
GLD.5.6	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 en el proceso	
GLD.5.7	El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal	
GLD.6	Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad	
GLD.6.1	Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral	
GLD.6.2	Se evalúa el clima organizacional	
GLD.6.3	Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente	
GLD.6.4	Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión	
<b>DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS</b>		
GLD.7	Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización	
GLD.7.1	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	
GLD.7.2	Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan	
GLD.7.3	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	
GLD.7.4	Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades	
GLD.7.5	Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente	
<b>ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN</b>		
GLD.8	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.	
GLD.8.1	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	
GLD.8.2	El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica	

**GLD.1 Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

**ESTÁNDAR GLD.2**

**El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización.**

**★ PROPÓSITO DE GLD.2**

El liderazgo es esencial para que una organización inicie y desarrolle con éxito la mejora de la calidad y seguridad, reduciendo los riesgos en sus pacientes y en el personal. El liderazgo empieza con la entidad de gobierno de la organización, junto con aquellos que gestionan y dirigen diariamente las actividades clínicas y administrativas de la organización. (Ver también QPS.1).

El gobierno de la organización valida los métodos que se utilizan para medir, evaluar y mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, también facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todos los departamentos y servicios en los esfuerzos de mejora.

La coordinación se puede lograr a través de un consejo o comité de gestión de la calidad o alguna otra estructura. (Ver también QPS.2). La coordinación promueve un enfoque de todo el sistema hacia las actividades de monitorización y mejora de la calidad mientras se reduce la duplicación de esfuerzos; por ejemplo, dos departamentos que miden independientemente procesos o resultados iguales.

El gobierno de la organización es responsable de participar en la revisión al menos cada 6 meses de la información, de cuando menos:

- La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos;
- Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.

La comunicación periódica con el personal acerca de la información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes es esencial. Este flujo de comunicación sobre la calidad se realiza a través de canales eficaces, tales como boletines informativos, carteles, reuniones con el personal y procesos de recursos humanos, entre otros. La información puede estar relacionada, por ejemplo, con proyectos de mejora nuevos o recién terminados, avance en el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, entre otra información relevante.

**Elementos Medibles de GLD.2**

1. El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.
2. El gobierno de la organización valida una estructura y un proceso en toda la organización para evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.
3. El gobierno de la organización revisa al menos semestralmente la siguiente información:
  - 3.1. La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos.
  - 3.2. Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.
4. La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal.



## **ESTÁNDAR GLD.2.1 (ESTÁNDAR VINCULADO A LA AESP 8)**

**Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización.**

### **PROPÓSITO DE GLD.2.1**

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 cada año, la cultura de la seguridad del paciente en su organización.

La DGCES cuenta con una Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente herramienta diseñada para este fin, ubicada en la siguiente liga: <https://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp/index1.php>.

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), asimismo 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), a una muestra que incluya personal clínico y no clínico, a 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 Único de Evaluación de la Calidad, en especial del Plan de calidad y Seguridad del Paciente.

### **Elementos Medibles de GLD.2.1**

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 para evaluarla.
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 cada año a la muestra seleccionada.
5. Los resultados de la medición se miden y se analizan al menos cada 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 GLD.3**

#### **Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización.**

#### **PROPÓSITO DE GLD.3**

Para implementar el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, 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 establecimiento 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, 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.3**

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.

#### **ESTÁNDAR GLD.3.1**

**El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del establecimiento, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.**

#### **ESTÁNDAR GLD.3.2**

**El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del establecimiento.**

#### **ESTÁNDAR GLD.3.3**

**El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.**

#### **ESTÁNDAR GLD.3.4**

**El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del establecimiento.**

#### **ESTÁNDAR GLD.3.5**

**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.3.1 A GLD.3.5**

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:

- la aprobación de la misión de la organización;
- 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, incluido el manual de Organización del establecimiento.
- la aprobación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, así como la supervisión de su implementación;
- 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;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar a la organización; y
- 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.3.1**

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 aprueba el manual de Organización del establecimiento.
3. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.
4. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.

#### **Elementos Medibles de GLD.3.2**

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.3.3**

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.3.4**

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.3.5**

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.

**GLD.3.6 La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

#### **ESTÁNDAR GLD.3.7**

##### **Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad.**

##### **★ PROPÓSITO DE GLD.3.7**

Las organizaciones que desarrollan una cultura de calidad y seguridad mantienen un compromiso continuo con la mejora de los procesos de atención. Un aspecto fundamental para alcanzar este objetivo es la participación y compromiso de la alta dirección reflejado a través del apoyo necesario para contar los recursos necesarios.

Derivado de lo anterior la alta dirección ubica en la estructura organizacional un responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad, con actividades definidas y que depende directamente de la dirección para asumir un liderazgo proactivo que facilite implementar la cultura de calidad y seguridad en conjunto con los diferentes líderes clínicos, administrativos y de apoyo.

### **Elementos Medibles de GLD.3.7**

1. Se identifica de manera permanente en la estructura de la organización la función de calidad y seguridad en la atención y se cuenta con un responsable.
2. El responsable de calidad en la organización depende directamente de la alta dirección y tiene el respaldo necesario para llevar a cabo sus funciones en conjunto con los líderes de la organización.
3. Las funciones y responsabilidades de calidad y seguridad en la atención se coordinan por el responsable de calidad.
4. La persona responsable del área de calidad cumple con las competencias establecidas por la organización.

## LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN

### ESTÁNDAR GLD.4

**Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente.**

#### PROPÓSITO DE GLD.4

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.4

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del establecimiento.
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.4.1 Identificación y formación de líderes (CATÁLO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDARES HOSPITALES)

### ESTÁNDAR GLD.5

**El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión.**

#### PROPÓSITO DE GLD.5

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 con 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.5

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.5.1

**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.5.1

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.5.1

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 5.2

**La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa.**

#### ★ PROPÓSITO DE GLD.5.2 ✍

La complejidad en la prestación de los servicios de salud es un factor central en la alta tasa de errores dentro de las organizaciones de salud. Sin embargo, el reto más grande para conocer y prevenir errores es que "Castigamos a las personas por cometer errores".

El Modelo de Cultura Justa se centra en dos cuestionamientos esenciales: el papel de la sanción punitiva y la aplicación de la sanción punitiva como remedio por el error humano. La generación de una "cultura no punitiva" que no culpe a los individuos sino al sistema cuando se cometen errores es uno de los temas más controvertidos y complejos en el campo de la seguridad del paciente.

Una cultura no punitiva incluye el apoyo de los compañeros de trabajo y de los superiores después de un evento adverso, evita culpabilizar a los colaboradores por sus errores.

Las acciones que aplica la Cultura Justa tienen como propósito el análisis de la conducta individual del personal involucrado en un evento adverso, lo que permitirá establecer el manejo organizacional adecuado al tipo de conducta analizada.

El Modelo de una "Cultura Justa" aborda dos preguntas centrales:

- ¿Cuál es el rol de la sanción punitiva en la seguridad de nuestro sistema de atención? y

- ¿La aplicación de una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad de los pacientes?

El Modelo reconoce que los sistemas complejos (y el sistema de atención médica lo es) son esencialmente inseguros y que los humanos están destinados a cometer errores.

La organización de atención médica adopta e implementa un programa de “cultura justa”, con el propósito de generar un ambiente de confianza en donde se estimule la comunicación de situaciones relacionadas con la seguridad en la atención de los pacientes y de esta manera se cuente con información que permita el análisis de las situaciones y la mejora de los procesos.

El programa de cultura justa establece con claridad la diferencia entre los tipos de comportamiento y señala la recomendación de las acciones a seguir en cada uno de ellos.

Una o más personas cualificadas se aseguran de que el programa se ponga en funcionamiento.

### Elementos Medibles de GLD.5.2

1. La organización de atención médica ha diseñado un programa de cultura justa cuyo propósito sea mejorar la seguridad en la atención. 📄
2. El programa de cultura justa está implementado en la Organización.

### ESTÁNDAR GLD.5.3

**Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos.**

#### ★ PROPÓSITO DE GLD. 5.3 ✍️

Hablar de situar al paciente en el centro del sistema de salud implica entender su experiencia de forma amplia, ya que dentro del concepto de experiencia del paciente inciden, además del cuidado clínico, otros aspectos como el entorno físico, el trato personal, la coordinación interna o la comunicación. La experiencia del paciente se compone de las interacciones que ocurren con la organización durante todo el proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con la organización.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) define la experiencia del paciente de la siguiente manera: La Experiencia del Paciente abarca todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención en la salud. Esto incluye atención de planes de salud, así como el trato al personal médico y del establecimiento. La Experiencia del Paciente incluye aspectos que los pacientes valoran cuando buscan atención médica. Por ejemplo: La obtención de citas oportunas, el fácil acceso a la información, etc., es decir, esta disciplina cubre aquellos aspectos que le garantizan al paciente la posibilidad de recibir atención médica de calidad.


Los términos “Satisfacción del Paciente” y “Experiencia del Paciente” aunque muchas veces se usan indistintamente describen en realidad conceptos diferentes. El primero describe el nivel de complacencia con los servicios de salud, mientras que el segundo describe conceptos más tangibles. Ambos conceptos, aunque puedan ser cercanos no son lo mismo, podemos quedar satisfechos, pese a una mala experiencia, y lo que es más importante incluso, tener una buena experiencia sin haber satisfecho nuestra expectativa.

La diferencia entre medir la satisfacción del paciente y medir la experiencia del paciente, es que en la primera la información que se obtiene es subjetiva, por ejemplo, preguntar al paciente sobre su satisfacción relacionada con la distribución de la habitación es una medida subjetiva. Medir la experiencia del paciente es una medida objetiva, ya que incluye aspectos relacionados con los procesos de atención médica, por ejemplo, la facilidad para obtener una cita, el fácil acceso a la información y la comprensión de la información proporcionada por los proveedores del cuidado de la salud, el análisis de esta información permitirá tomar decisiones que mejoren los procesos de la Organización.

Los mecanismos para obtener información sobre la experiencia del paciente pueden incluir, por ejemplo, la aplicación de encuestas, entrevistas individuales o grupales con pacientes y familiares, entre otros, definidos por la organización en base a su contexto y recursos.

La DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: [https://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt\\_tabla1](https://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tabla1).

### Elementos Medibles de GLD.5.3

1. La organización define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes. 
2. Se mide la experiencia del paciente mediante una herramienta estandarizada de manera regular durante todo el año.
3. La organización define e implementa una estrategia sistemática para el levantamiento de encuestas por un ente externo que evalúe la experiencia de los pacientes, al menos una vez al año.
4. La información de ambas evaluaciones se analiza para mejorar los procesos y por lo tanto la experiencia del paciente en la organización.
5. Como resultado del análisis de la información se implementan estrategias para mejorar la experiencia del paciente.

### ESTÁNDAR GLD.5.4


**Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.**

### PROPÓSITO DE GLD.5.4

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 antecede su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado del paciente.

### Elementos Medibles de GLD.5.4

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.5.5

**Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.**

### PROPÓSITO DE GLD.5.5

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.

En el proceso de mejorar la experiencia de los pacientes, las instituciones de salud cuentan con un eslabón clave conformado por el conjunto de prestadores subrogados: si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (especificaciones técnicas, plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) afectan en mayor o menor medida la calidad y seguridad de la atención que se proporciona a los pacientes.

Por lo regular, las instituciones de salud requieren de algún producto y/o servicio ajeno a su organización para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; la relevancia de esta intervención debe vincularse con el impacto que tendrá en la seguridad y calidad de la atención la cual será siempre responsabilidad del prestador del cuidado.

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.

Dentro de los aspectos relevantes de los sistemas críticos, es importante tomar en cuenta al menos los descritos para los estándares MMU.7.2 (preparación y dispensación de productos/medicamentos estériles), PCI.7 (manejo de la ropa), PCI.8 (manejo adecuado de RPBI), PCI.9 (mantenimiento y controles de ingeniería), PCI.10 (manejo adecuado de alimentos), PCI.13 (limpieza y desinfección de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte), PCI.14 (terapia de remplazo renal con hemodiálisis), FMS.7.1 (gestión del equipo biomédico, así como para los equipos rentados o en comodato) y FMS.8 (gestión de servicios prioritarios para la operación), cuando así apliquen.

Una vez definidas las especificaciones de calidad, la organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de estas especificaciones, los resultados 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.5.5

1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados. 
2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
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.5.6**

**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 en el proceso.**

#### **PROPÓSITO DE GLD.5.6**

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:

- Comprender el enfoque centrado en la seguridad del paciente
- estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

#### **Elementos Medibles de GLD.5.6**

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.5.7**

**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.5.7**

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.5.7**

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.6**

**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.6**

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales
- planean y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos, tomando en cuenta el contexto socio-cultural de la población a quien ofrecen sus servicios
- aseguran la práctica ética de sus profesiones

- supervisan la calidad de la atención al paciente
- estimulan la participación de los usuarios en el autocuidado para la salud

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:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura de la organización;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional de la organización; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional está representada en un organigrama.

#### **Elementos Medibles de GLD.6**

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.

GLD.6.1 Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.2 Se evalúa el clima organizacional. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.3 Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.4 Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

## DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

### ESTÁNDAR GLD.7

**Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización.**

#### PROPÓSITO DE GLD.7

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.7

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.7.1

**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.7.1

Si el establecimiento de atención ambulatoria cuenta con más de un servicio clínico, los servicios se coordinan e integran; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras, la coordinación entre departamentos o servicios; 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.7.1

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.7.2

**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.7.2

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.7.2**

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.7.3**

**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.7.3**

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.7.3**

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.7.4**

**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.7.4**

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.7.4**

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.7.5**

**Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.**

### **PROPÓSITO DE GLD.7.5**

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:

- Los riesgos y problemas relacionados con cada área o servicio según corresponda.
- La evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, satisfacción del paciente, entre otros.
- La evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
- 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.7.5**

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, experiencia 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.8

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.8.1

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.8.2

El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

### PROPÓSITO DE GLD.8 A GLD.8.2 ✍

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.

La organización cuenta con un grupo de profesionales integrados que realiza las siguientes funciones:

- Resolver los problemas derivados de la atención médica.
- Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas éticos que se presenten en la práctica clínica.
- Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica.

### Elementos Medibles de GLD.8

1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos. 📄
2. El equipo responsable de analizar y dar seguimiento a los problemas éticos está conformado por un equipo multidisciplinario y lleva a cabo sus funciones.

### Elementos Medibles de GLD.8.1

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.8.2**

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.



# GLOSARIO

---

## Glosario

### A

**Actitudes:** Manifestación externa del estado de ánimo del individuo ante determinados estímulos. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

**Alta médica:** Declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente para abandonar el hospital (alta hospitalaria) o para reincorporarse a su vida ordinaria (alta definitiva); es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con una organización o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

**Análisis de causa raíz (ACR):** Es una forma de estudio retrospectivo de estos eventos para entender sus causas subyacentes mediante una revisión paso a paso de la cronología de los acontecimientos y de aquellos factores que permitan identificar su causal. Sobre la base de los campos de datos interoperables, un equipo organizado ACR puede investigar más a fondo el evento al revisar el informe, entrevistar al profesional o al paciente cuando lo considere necesario, y revisar las declaraciones de testigos, la ficha clínica y los protocolos de trabajo y procesos para determinar todas las posibles causas que podrían haber llevado a la producción del evento (Pandit & Gong) 2016.

**Anestesia y sedación:** La administración a una persona, en cualquier entorno, por cualquier motivo, a través de cualquier vía, de medicamentos para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico o de otro tipo

- **Sedación:** Estado de conciencia, provocado por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos que pudieran generar molestia, conservando la capacidad de responder a las órdenes verbales y a los estímulos táctiles. (Numeral 4.14 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)
- **Anestesia General:** A las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)

**Aprendizaje:** Modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

**Aptitudes:** Atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia.

**Atención médica continua:** Servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

**Atención Médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud (Fracción I del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

**Atención Médica Ambulatoria:** Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados. (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

**Aviso de Funcionamiento:** Trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

## B

**Buena Practica:** Experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una experiencia o intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que pueden servir de Modelo para otras organizaciones. Dicho de otra manera, una buena práctica es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan.

**Bundle:** Anglicismo que significa atar o enrollar (varias cosas) juntas como en un paquete. Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. El concepto de paquete de medidas o “Care Bundle” implica aplicar un grupo de las mejores prácticas de prevención de infecciones hospitalarias (IH) que cuando se realizan en conjunto, en forma confiable y permanente han demostrado impacto en reducir las tasas de infecciones hospitalarias. Es una forma estructurada de mejorar los procesos en la atención de pacientes. (Sistema CIH-COCEMI.FEMI)

## C

**Calidad de la atención:** Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, Servicios Sanitarios de Calidad, Agosto 2020).

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- **Eficaces:** proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- **Seguros:** evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- **Centrados en la persona:** dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- **Oportunos:** reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- **Equitativos:** dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- **Integrados:** dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- **Eficientes:** maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

**Calificaciones:** Son el conjunto de conocimientos y capacidades que incluyen modelos de comportamiento y habilidades que los individuos adquieren durante el proceso de educación/formación. Representan un "activo" con el cual las personas cuentan y utilizan para desempeñar determinados puestos. Se lo puede definir como “capacidad potencial para desempeñar o para realizar las tareas correspondientes a una actividad o un puesto”.

**Capacidades:** Son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

**Capacitación:** Actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

**Carta de Consentimiento Informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. (Numeral 4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

**Certificación de Competencias:** Reconocimiento formal de las competencias demostradas por un individuo a partir de un proceso de evaluación realizado sobre la base de normas de competencias establecidas por una empresa para un rol laboral determinado, o consensuadas por los actores de un sector de actividad

**Cirugía Mayor Ambulatoria:** A los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso a la unidad de cirugía mayor ambulatoria. (Numeral 4.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria)

**COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

**Competencia:** Conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por la organización, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

**Consentimiento informado:** Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. (CONBIOÉTICA)

**Consultorio:** Todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

**Consultorio de Atención Médica Especializada:** Establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

**Control:** Revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, la organización y la dirección. (Ecured)

**Credencialización:** Procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

**Cuasifalla:** Son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como “Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”. Así mismo, la Joint Commission International lo define como “Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave”.

**Cuasifalla de Medicación:** También denominado por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) como Acontecimiento Adverso Potencial (AAP), como “un error de medicación grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de que llegara al paciente. El análisis de los AAP es útil porque permite identificar tanto los puntos donde falla el sistema y se producen los errores como los puntos donde funciona y los errores se consiguen interceptar y evitar

**Criticidad:** Indicador proporcional al riesgo que permite establecer la jerarquía o propiedades del proceso, sistemas o elementos evaluados.

## D

**Datos:** Hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan “datos en bruto”.

**Definición de Procesos:** Determinación escrita de todo lo solicitado por el propósito de un Estándar cuando así aplique al contexto de la organización.

**Desastre:** Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

**Descripción de puesto:** Explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades

**Destreza:** Característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

**Desviación:** Incumplimiento o variación indeseada con relación a un Estándar, norma o procedimiento establecido. Se considera sinónimo de Observación cuando se refiere a la implementación del Modelo.

## E

**Efecto secundario:** Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

**Eficacia:** Nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos

**Eficiencia:** La relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

**Elemento Medible:** Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta

**Emergencia:** Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador. (Numeral 4.8 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

**Entrenamiento:** Serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

**Equipo Biomédico:** Dispositivo que se utiliza para propósitos específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión; puede ser utilizado solo o en combinación con algún accesorio, consumible, u otro equipo médico. Requieren, mantenimiento, calibración, reparación, capacitación al usuario y retirada del servicio; actividades usualmente gestionadas por ingenieros biomédicos. (World Health Organization. Medical devices)

**Error de Medicación:** Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Definición del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

**Establecimiento de atención médica:** Todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios (Fracción III del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

**Estándar:** De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, “estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

**Estándares centrados en el paciente:** Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes o a los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de registros de pacientes, evaluación de pacientes).

**Estándares de gestión del establecimiento de atención médica:** Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una comunicación segura y efectiva.

**Estandarización de Procesos:** Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por la organización para el desarrollo de un Estándar.

**Evacuación:** Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre. (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

**Evaluación de Competencias:** Es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

**Evaluación del Establecimiento:** Un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a los Estándares del Modelo dirigida a determinar su grado de cumplimiento además de orientar a la organización en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

**Evento adverso:** Un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas”

**Evento centinela:** Un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (Numeral 4.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

## F

**Familia:** La o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la

toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

**Formación:** Acción de capacitar o adiestrar a quienes no poseen los conocimientos o habilidades indispensables para desempeñar un puesto de trabajo; o a quienes requieren de un proceso de reentrenamiento.

## G

**Gobierno:** La persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Otros nombres para este grupo incluyen "junta", "junta de administración", "junta de gobierno", "junta de comisionados" y "cuerpo de gobierno".

**Guía:** Documento que incluye los principios o procedimientos para encauzar una cosa o el listado con informaciones que se refieren a un asunto específico.

**Guía de Práctica Clínica:** Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

## H

**Habilidad:** Capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

**Habilitación:** Derecho legal otorgado por un organismo gubernamental en conformidad con el estatuto que rige una ocupación (como por ejemplo médicos, enfermeras, trabajadores psiquiátricos, trabajadores sociales o el funcionamiento de una instalación de atención médica).

**Hallazgo:** Desviación única y fortuita de lo definido por la organización con relación a un Estándar o elemento medible sin impacto o criticidad suficiente sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente.

**Hospital:** Establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación (Numeral 4.9 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)



**Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

## I

**Impacto:** Es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

**Indicador:** Variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

**Indicador de Calidad:** Son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

**Indicador de Proceso:** Son datos que muestran el estado de una actividad. Se encargan de medir alguna característica específica y observable con el fin de mostrar los cambios y el progreso que se está llevando a cabo.

**Indicador de Resultado:** Mide las salidas de proceso determinando si el objetivo se alcanzó o no.

**Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

**Internar:** Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión (Real Academia Española). Véase Hospitalización

## L

**Laboratorio Clínico:** Establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud (Numeral 3.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.)

**Lesiones en la piel por presión:** Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Ver “Úlcera por Presión”

**Líder:** Son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

## M

**Matriz de riesgo:** Es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

**Medicamento:** Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

**Medicamentos de alto riesgo:** Son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

**Medición:** Puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se “mide”) o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor

**Mejor práctica:** Véase “Buena Práctica”.

**Metodología trazadora:** Es un proceso que se emplean durante la evaluación de la organización para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de la organización o una única unidad de atención para “rastrear” la atención prestada a un paciente:

- **rastreo de un paciente:** Proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- **rastreo del sistema:** Sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

**Multidisciplinario:** Que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

## O

**Observación:** Desviación de la implementación, estandarización o sistematización del propósito de un Estándar o lo definido por la organización, con un impacto o criticidad directos sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente basado en los elementos medibles de un Estándar.

**Observación de Definición de Procesos:** Desviación de lo determinado por escrito por la Organización con relación al propósito de un Estándar, basado en lo escrito en los elementos medibles de un Estándar que solicite definición de proceso.

**Observación del Paciente:** Vigilancia del estado de un paciente pero sin administrar tratamiento, a menos de que los síntomas aparezcan o cambien.

**Organigrama:** Representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas

**Organización:** Son estructuras y sistemas administrativos creados para lograr metas u objetivos con el apoyo de las propias personas, o con apoyo del talento humano o de otras características similares. Son entidades sociales que permiten la asociación de personas que interactúan entre sí para contribuir mediante sus experiencias y relaciones al logro de objetivos y metas determinadas. Cuando el termino es empleado como “La Organización” se tomará como sinónimo del “Establecimiento de Atención Médica”

**Otorgamiento de privilegios:** Proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

## P

**Paciente:** Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica. (Numeral 4.7 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

**Paciente ambulatorio:** Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización (Fracción VI del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

**Paciente de Alto Riesgo:** 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 (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros

**Paciente Vulnerable:** Es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación

**Personal clínico:** El que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.)

**Personal no clínico:** El que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.)

**Plan:** Método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de los mismos.

**Política:** Declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos de la organización toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente

**Probabilidad:** Posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

**Procedimiento invasivo:** Procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraño en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio

**Proceso:** Una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).

- **Proceso Básico** - se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- **Proceso Medianamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- **Proceso Altamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

**Proceso de certificación:** Es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos

**Programa:** Serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

**Progresivo:** Se refiere a aquello que se realiza poco a poco, pero de manera continuada

**Profesional de la salud:** Toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los

profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

**Protocolo:** Documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

## R

**Referencia Médica:** El envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud

**Residuo Peligroso:** Residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio. (SEMARNAT)

**Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI):** El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica. (Numeral 3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica)

**Resultado:** El o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

**Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados, también definido como la incertidumbre en los resultados

## S

**Seguridad:** Es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la organización.

**Seguridad del Paciente:** Un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud

**Servicio de Atención Médica:** Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos (Fracción II del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

**Servicios de Salud:** Prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

**Servicios Subrogados:** Es la sustitución del operador de un servicio de salud directo o indirecto al paciente que debiese ser el prestador de la organización por un tercero externo o ajeno a esta.

**Servicio de Urgencias:** Conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

**Sistema de servicios básicos:** Sistema y equipo de toda la organización que respalda lo siguiente cuando así lo requiere la organización: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

**Sistematización de Procesos:** Seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por la organización para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, La organización define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firman sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

## T

**Transferencia de Paciente:** Proceso mediante el cual se traspa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre una unidad de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

**Triaje:** Derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

## U

**Úlcera por presión:** Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

**Urgencia:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata (Numeral 4.1.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

## V

**Variabilidad:** Son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

**Verificación de la fuente original:** Verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

CSG  
**Consejo de Salubridad General**  
Secretaría de Salud  
**Dirección General de Calidad y Educación en Salud**