



**CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL**

**Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica**

**ESTÁNDARES INTERNACIONALES**

**ANEXO I**

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA  
"SESIÓN DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS"**

**versión  
2011**

Vigente a partir del 1 de Enero 2011

*La revisión de éstos documentos se llevará a cabo como primera actividad durante la Auditoría, por lo cual es necesario contar con éstos documentos en forma escrita, ya sea impresos o en electrónico.*

*Favor de marcar con la columna de NA (No aplica) si la documentación requerida no corresponde al contexto de su organización, por ejemplo, lo relacionado a pacientes psiquiátricos.*

**TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, A EXCEPCIÓN DEL EJEMPLO SEÑALADO, SON INDISPENSABLES PARA REALIZAR LA AUDITORÍA CON ESTÁNDARES INTERNACIONALES DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.**

**Por favor lea en la “Cédula para certificar Hospitales del Consejo de Salubridad General” el enunciado del Estándar y el propósito del mismo para una mejor comprensión de los requerimientos de cada elemento medible.**

**Todos los elementos medibles que se solicitan como Documentación Requerida para la “Sesión de Revisión de Documentos” son parte de la AUTOEVALUACIÓN y son ponderados como indispensables.**

# SECCIÓN 1

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

## MISP METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
MISP.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de la identificación del paciente.</li> <li>Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.</li> </ol>	
MISP.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de las órdenes verbales y telefónicas</li> </ol>	
MISP.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que guíen ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de electrolitos concentrados.</li> </ol>	
MISP.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que estandarizan el uso del protocolo universal, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.</li> <li><b><i>Se identifican los procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones en los que se requiera el uso del protocolo universal.</i></b></li> </ol>	
MISP.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos para reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud.</li> <li>Se cuenta con un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado.</li> </ol>	
MISP.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos para la reducción del riesgo de daños sufridos por los pacientes a causa de caídas en el establecimiento.</li> <li><b><i>Se cuenta con un programa efectivo de reducción del riesgo de caídas y se encuentra implementado.</i></b></li> </ol>	

## SECCIÓN 2

*Estándares Centrados en el Paciente*

### ACC ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
ACC.1.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.</li> <li>2. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria).</li> <li>6. Las políticas y los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios.</li> </ol>	
ACC.1.1.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.</li> </ol>	
ACC.1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes.</li> <li>2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras durante el proceso de admisión.</li> <li>3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.</li> </ol>	
ACC.1.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha definido criterios de ingreso y egreso para sus servicios o unidades de cuidados intensivos y especializados, incluidos la investigación en seres humanos y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.</li> </ol>	
ACC.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Se establecen criterios o políticas que determinan la adecuada y oportuna transferencia de los pacientes dentro del establecimiento.</li> <li>1. <b><i>Existen Políticas y Procedimientos que guían el proceso de interconsulta mediante el cual se asegura la respuesta oportuna de cada servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un paciente hospitalizado.</i></b></li> </ol>	
ACC.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe una política que establece la derivación y/o el alta apropiados para los pacientes</li> </ol>	
ACC.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe una política que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.</li> </ol>	
AAC.4.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b><i>Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en el establecimiento (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de otros hospitales cercanos).</i></b></li> </ol>	
ACC.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. <b><i>Existe un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea, cuando el establecimiento no cuenta con los propios.</i></b></li> </ol>	

## PFR DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
PFR.1	5. Las políticas y procedimientos orientan y respaldan los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento.	
PFR.1.3	6. El establecimiento determinó su nivel de responsabilidad por las pertenencias de los pacientes.	
PFR.1.4	<b>7. Existen políticas y procedimientos que establecen cómo actuar en casos donde se atienden pacientes con problemas sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.</b>	
PFR.1.5	1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.	
PFR.2	1. Se elaboran políticas y procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención. (Ver COP.7.2, EM 5; PFE.2, EM 5; PFE.5, EM 2; ACC.2, EM 4 y ACC.3, EM 3)	
PFR.2.3	1. El establecimiento ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida 3. Se implementan políticas y procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención	
PFR.3	3. Los dilemas que surgen durante el proceso de atención se revisan conforme al mecanismo del establecimiento.	
PFR.6	1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.	
PFR.6.2	1. El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	
PFR.6.4.1	1. El establecimiento cuenta con un listado que contiene los nombres de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento informado específico.	
PFR.7	7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión. <i>(estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos en seres humanos)</i>	
PFR.9	3. El establecimiento ha definido las actividades de supervisión del comité y el propósito de cada una de ellas.	
PFR.11	1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de procuración y donación. 2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de transplante.	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
<b>AOP.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay políticas y procedimientos que definen la información que debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados.</li> <li>2. Hay políticas y procedimientos que definen la información que debe ser obtenida en los pacientes ambulatorios.</li> <li>3. Hay políticas y procedimientos que identifican la información que se documentará para las evaluaciones.</li> </ol>	
<b>AOP.1.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas.</li> <li>2. El contenido de las evaluaciones realizadas a pacientes hospitalizados y ambulatorios se define en las políticas.</li> </ol>	
<b>AOP.1.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios se les realiza una evaluación inicial conforme a la política del establecimiento.</li> </ol>	
<b>AOP.1.4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de las evaluaciones en todos los entornos y servicios.</li> </ol>	
<b>AOP.1.6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional más exhaustiva.</li> <li>4. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva.</li> </ol>	
<b>AOP.1.7</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento identifica a aquellas poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se modifica el proceso de evaluación inicial.</li> </ol>	
<b>AOP.1.8</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><i>Se cuenta con criterios que ayudan a identificar si el paciente necesita evaluaciones especializadas adicionales.</i></b></li> </ol>	
<b>AOP.1.8.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso para identificar a aquellos pacientes en quienes es crítica la planificación del alta.</li> </ol>	
<b>AOP.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Se revalora a los pacientes a intervalos adecuados según su estado, plan de atención y necesidades individuales, o conforme a las políticas y procedimientos del establecimiento. (Ver ASC.3, EM 1)</li> <li>5. Una política establece las circunstancias, tipo de pacientes y/o poblaciones de pacientes en quienes la evaluación del médico podrá realizarse con más de 1 día de intervalo, e identifica el intervalo de revaloración para dichos pacientes( por ejemplo cada 2 o 3 días).</li> </ol>	
<b>AOP.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito. (Ver SQE.1.1, EM 1 y 2; y SQE.10, EM 1)</li> </ol>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>		
<b>SAD.1.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un programa de seguridad implementado en los Servicios de Laboratorio, adecuado para los riesgos y peligros que se encuentran</li> <li>3. Hay políticas y procedimientos escritos que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (Ver FMS.5, EM 2)</li> </ol>	
<b>SAD.1.3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha definido el tiempo esperado para los resultados.</li> </ol>	
<b>SAD.1.4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un programa de administración de equipo en los Servicios de Laboratorio, que está implementado</li> </ol>	
<b>SAD.1.6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimientos que guían la solicitud de análisis.</li> <li>2. Procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras.</li> <li>3. Procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.</li> <li>4. Procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras.</li> </ol>	
<b>SAD.1.9</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio.</li> </ol>	
<b>SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN</b>		
<b>SAD.2.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha implementado un programa de seguridad radiológica.</li> <li>4. Hay políticas y procedimientos escritos que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (Ver FMS.5, EM 2)</li> </ol>	
<b>SAD.2.2.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><i>Se implementa un programa de seguridad del paciente en los servicios de radiología y diagnóstico por imagen que se coordina con el plan o programa de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (Ver QPS)</i></b></li> </ol>	
<b>SAD.2.4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. El establecimiento ha definido el tiempo del informe para los resultados.</li> </ol>	
<b>SAD.2.5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha implementado un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen (Ver FMS.8, EM 1)</li> </ol>	
<b>SAD.2.8</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha implementado un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.</li> </ol>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
COP.1	2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.	
COP.2.2	1. Las órdenes se emiten cuando es necesario y cumplen la política del establecimiento. (Ver MMU.4)	
COP.3	1. Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.	
COP.3.1	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes de urgencia.	
COP.3.2	1. Hay políticas y procedimientos que guían el uso uniforme de servicios de reanimación en todo el establecimiento	
COP.3.3	1. Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados. 2. <b>Las políticas y procedimientos priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.</b> 3. <b>Las políticas y procedimientos garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.</b>	
COP.3.4	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes comatosos. 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en soporte vital. 4. <b>Hay políticas y procedimientos que guían el cuidado integral de los pacientes en las Unidades de Cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales)</b>	
COP.3.5	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades contagiosas. 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes inmunodeprimidos.	
COP.3.6	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados.	
COP.3.7	1. Hay políticas y procedimientos que guían el empleo de la sujeción.	
COP.3.8	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores delicados y dependientes. 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes pediátricos dependientes. 3. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en riesgo de abuso y con discapacidad.	
COP.3.9	1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.	
COP.8	1. <b>Existen políticas y procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio</b> 6. <b>Existen políticas y procedimientos que guían la Planificación Familiar</b> 7. <b>Existen políticas y procedimientos que guían sobre la atención a víctimas de violencia familiar.</b> 8. <b>Existen políticas y procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.</b>	
COP.8.1	1. <b>El establecimiento ha definido las indicaciones para practicar una cesárea.</b> 3. <b>El establecimiento ha definido las indicaciones para la realización de legrado uterino instrumentado.</b>	
COP.8.4	1. <b>Existen políticas y procedimientos que guían la atención de las urgencias ginecobstétricas</b> 2. <b>Existen políticas y procedimientos que guían la atención de las urgencias neonatales.</b>	
COP.9	1. <b>Existen políticas y procedimientos que guían práctica de Acupuntura de acuerdo a las reglamentaciones y normatividad vigente</b>	
COP.10	1. <b>Existen políticas y procedimientos que guían el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con sobrepeso y obesidad.</b> 4. <b>Cuando corresponde, se cuenta con políticas y procedimientos que guían la Cirugía Bariátrica.</b>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
ASC.3	1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda; en dónde se identifican al menos los elementos mencionados en el propósito. 2. <i>Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anesthesiólogo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados.</i>	
ASC.4	3. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención que se les administrará anestesia, en dónde se identifican al menos los elementos mencionados en el propósito.	
ASC.5.3	3. Políticas y procedimientos guían la monitorización del paciente durante la administración de anestesia.	
ASC.7	5. <i>Se cuenta con un listado de los procedimientos quirúrgicos e invasivos que se realizan fuera de quirófano.</i>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
MMU.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe un plan, política u otro documento que identifica el modo en que los medicamentos se organizan y manejan en todo el establecimiento.</li> <li>Hay políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento</li> <li>Existe al menos una revisión documentada del sistema de manejo y uso de medicamentos dentro de los 12 meses previos.</li> </ol>	
MMU.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o fácilmente disponibles en otros establecimientos o servicios subrogados.</li> </ol>	
MMU.2.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.</li> </ol>	
MMU.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Una política define cómo los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento son identificados y almacenados.</li> </ol>	
MMU.3.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.</li> </ol>	
MMU.3.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las políticas y procedimientos impiden el uso de medicamentos caducos o fuera de uso</li> <li>Las políticas y procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos caducos o fuera de uso.</li> </ol>	
MMU.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.</li> <li>Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir cuando las órdenes y/o recetas son ilegibles.</li> <li>Las indicaciones médicas iniciales se comparan con la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, de acuerdo al proceso establecido por el establecimiento.</li> </ol>	
MMU.4.3	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Las políticas y procedimientos guían la transcripción de medicamentos en el establecimiento.</b></li> <li><b>Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles.</b></li> <li><b>Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas.</b></li> </ol>	
MMU.4.5	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de conciliación de medicamentos.</b></li> </ol>	
MMU.5.1	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.</b></li> </ol>	
MMU.4.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las órdenes o recetas de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos se abarcan los elementos mencionados en el propósito.</li> </ol>	
MMU.5.1	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.</b></li> </ol>	
MMU.6.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la autoadministración de medicamentos por parte del paciente.</li> <li>Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente traiga al establecimiento.</li> <li>Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.</li> </ol>	
MMU.7.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se definen los errores de medicación y las cuasifallas en medicación</li> </ol>	
MMU.8	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían el abasto, conservación, almacenamiento y administración de vacunas.</b></li> </ol>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
PFE.1	1. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento.	

**CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QPS**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
QPS.1	3. Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente elaborado en colaboración con los líderes del establecimiento, de manera multidisciplinaria y coordinado por el responsable de calidad, que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo.	
QPS.1.1	2. El programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a todo el establecimiento. 3. El programa se ocupa de los sistemas del establecimiento y del rol de diseño y rediseño del sistema en la mejora de la calidad y la seguridad. 4. El programa se ocupa de la coordinación entre todos los componentes de las actividades de control y supervisión de la calidad del establecimiento. (Ver GLD.3.4, EM 2 y PCI.10, EM 2) 5. El programa emplea un enfoque sistémico para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.	
QPS.1.2	1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento establecen prioridades para las actividades de control. 2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	
QPS.1.5	1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	
QPS.2.1	1. Se emplean guías de práctica clínica para dar atención al paciente. 2. Se emplean vías clínicas o protocolos de atención para estandarizar la atención de padecimientos y/o procesos específicos. 5. <b>Se cuenta con normas, lineamientos, guías, protocolos y/o algoritmos para los 10 principales motivos de atención.</b>	
QPS.3	1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para controlar las áreas clínicas. 2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para controlar las áreas de gestión.	
QPS.3.2	3. El control de gestión incluye las seis metas internacionales de seguridad del paciente	
QPS.5	1. Se ha establecido una definición de evento centinela que incluye al menos los puntos abordados en el propósito.	
QPS.6	2. <b>Se ha establecido una definición de evento adverso y el tipo de eventos que deben reportarse.</b> 3. <b>Se cuenta con un proceso para reportar los eventos adversos.</b>	
QPS.7	1. Se ha establecido una definición de cuasifalla y el tipo de eventos que debe reportarse. 2. Se cuenta un proceso para reportar las cuasifallas.	
QPS.10	1. Se ejecuta sistemáticamente un proceso mediante el cual se identifican áreas de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal. 3. El establecimiento documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.	

## PCI PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
PCI.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan o programa para la prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención médica en los pacientes.</li> <li>2. Existe un plan o programa para la prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención médica en el personal.</li> <li>6. Los objetivos y metas para la reducción de riesgos, se definen y se revisan regularmente.</li> </ol>	
PCI.7.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos y materiales desechables, existe una política que incluye los puntos abordados en el propósito, la política está implementada.</li> </ol>	
PCI.7.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>Existen políticas y procedimientos que garanticen el manejo y la preparación adecuada e higiénica de los alimentos.</i></li> </ol>	
PCI.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Las políticas y procedimientos se ocupan del aislamiento de los pacientes con enfermedades contagiosas y del personal que corre más riesgo por causa de inmunodepresión o por otros motivos.</li> </ol>	

## GLD GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
GLD.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La estructura directiva del establecimiento se describe en documentos escritos.</li> <li>2. En los documentos se describen las responsabilidades de los directivos.</li> <li>3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño de los directivos.</li> <li>5. Existe un organigrama o un manual de organización.</li> </ol>	
GLD.3.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Los directivos y responsables de áreas cuentan con 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.</li> </ol>	
GLD.3.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte los directivos y áreas técnicas correspondientes.</li> </ol>	
GLD.5.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los responsables de cada área o servicio implementan controles de calidad en los servicios prestados en su área o servicio, incluidos los siguientes criterios, según sea adecuado para el área o servicio:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) las prioridades de control y mejora del establecimiento relacionadas con el área o servicio;</li> <li>b) la evaluación de los servicios prestados a través de encuestas al paciente y análisis de quejas;</li> <li>c) la necesidad de entender la eficiencia y la rentabilidad de los servicios prestados; y</li> <li>d) el control de los servicios prestados, en virtud de acuerdos contractuales.</li> </ol> </li> </ol>	
GLD.6.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los directivos definen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos</li> <li>2. Los directivos establecen un marco para el manejo ético del establecimiento.</li> </ol>	

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
FMS.2	1. Existe un plan documentado, que se ocupa de las 6 áreas de riesgo mencionadas en el propósito.	
FMS.3	4. <i>El establecimiento cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente</i> 5. <i>El establecimiento cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesto el Hospital y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo.</i>	
FMS.3.1	1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación.	
FMS.4	1. El establecimiento cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida.	
FMS.4.1	1. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas. 2. El establecimiento tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.	
FMS.5	1. El establecimiento identifica los materiales y residuos peligrosos, y posee una lista actualizada de todos esos materiales dentro del establecimiento. 2. Se cuenta con un Programa para el inventario, manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos.	
FMS.6	1. El establecimiento tiene identificados los principales desastres internos y externos; así como las principales epidemias que tienen amplias probabilidades de ocurrir. 2. Se cuenta con un programa de manejo de emergencias.	
FMS.7	1. El establecimiento elabora un programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.	
FMS.7.1	1. El programa incluye la reducción de riesgos de incendio	
FMS.7.3	1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo.	
FMS.8	1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento, conforme a un programa.	
FMS.10.2	2. Se cuenta con un programa de gestión del sistema de servicios básicos.	

## SQE CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
SQE.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso para reclutar personal.</li> <li>2. Existe un proceso para evaluar las competencias del personal nuevo.</li> <li>3. Existe un proceso para designar personal.</li> </ol>	
SQE.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan escrito para la asignación de personal.</li> </ol>	
SQE.8.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. <i>Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que forma parte del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente.</i></li> <li>5. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.</li> <li>6. Existe una política sobre la atención, asesoría y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas, que está coordinada con el programa de prevención y control de infecciones</li> </ol>	
SQE.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un procedimiento estandarizado para otorgar privilegios a los facultativos en el nombramiento inicial y en la ratificación del nombramiento.</li> </ol>	

## MCI MANEJO DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	NA
MCI.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha identificado sus grupos comunitarios y población de interés.</li> </ol>	
MCI.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. La política determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente</li> </ol>	
MCI.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe una política escrita que se ocupa de la privacidad y confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones.</li> </ol>	
MCI.11	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento cuenta con una política escrita que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.</li> </ol>	
MCI.12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento cuenta con una política sobre la conservación y retención de los expedientes clínicos de pacientes y demás datos e información.</li> </ol>	
MCI.18	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe una política o protocolo, por escrito, que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos, que incluyen al menos los puntos mencionados en el propósito, y están implementados.</li> <li>2. Existe un protocolo escrito que describe el modo en que se controlarán las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento, y está implementado.</li> <li>3. Existe una política o protocolo, por escrito, que define la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error, y están implementados.</li> <li>4. Existe una política o protocolo, por escrito, que describen el modo en que se identificarán y seguirán todas las políticas y procedimientos en circulación, y están implementados.</li> </ol>	