



**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

**ESTÁNDARES
PARA LA
CERTIFICACIÓN
DE HOSPITALES**

2012

Vigentes a partir del 1 de Abril de 2012

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro

Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Secretaria Técnica de la Comisión
Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste
Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. David Kershenobich Stanlikowitz

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Directora General Adjunta de Articulación

Teléfono: 52.63.92.70 | 20.00.34.00 ext.59070

Correo electrónico: hilda.reyes@salud.gob.mx

Dr. Lino Campos Álvarez

Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1073 | 20.00.34.00 ext.59073

Correo electrónico: lino.campos@salud.gob.mx

Lic. Ángel Fernando Galván García

Director de Desarrollo

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1048 | 20.00.34.00 ext. 53519

Correo electrónico: angel.galvan@salud.gob.mx

Dra. María Guadalupe García Meraz

Subdirectora de Programación de Auditorías

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1099 | 20.00.34.00 ext.59037

Correo electrónico: garcia_meraz@hotmail.com

Dra. Sara Fonseca-Castañol

Subdirectora de Desarrollo de Estándares y Capacitación de Auditores

Teléfono: 52.63.92.79 | 20.00.34.00 ext.59035

Correo electrónico: sarafonseca.csg@hotmail.com

Dra. Brisa Itzel Amparán Limas

Subdirectora de Análisis de Información y Desempeño

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1095 | 20.00.34.00 ext.59517

Correo electrónico: bial_doc@hotmail.com

Ing. Adriana González Balderas

Jefa del Departamento de Supervisión y Desempeño de Evaluadores Institucionales

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1065 | 20.00.34.00 ext.59519

Correo electrónico: agb_romand@live.com.mx



	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
ESTRUCTURA DE LA CÉDULA PARA CERTIFICAR HOSPITALES	17
SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	20
ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES	25
SECCIÓN I: METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	29
SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE	
Acceso y continuidad de la atención (ACC, Access and Continuity of Care)	41
Derechos del paciente y de su familia (PFR, Patient and Family Rights)	57
Evaluación de pacientes (AOP, Assesment of Patient)	75
Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	89
Atención de pacientes (COP, Care of Patient)	107
Anestesia y atención quirúrgica (ASC, Anesthesia and Surgical Care)	127
Manejo y uso de medicamentos (MMU, Medication Management and Use)	139
Educación del paciente y de su familia (PFE, Patient and Family Education)	159
SECCIÓN II: ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN	
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS, Quality and Patient Safety)	171
Prevención y control de infecciones (PCI, Prevention and Control of Infections)	193
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD, Governance, Leadership and Directions)	209
Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS, Facility Management and Safety)	225
Calificaciones y educación del personal (SQE, Staff Qualification and Education)	245
Manejo de la Comunicación e Información (MCI, Management of Communication and Information)	265
GLOSARIO	283



El objetivo del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)** es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la **Certificación de Establecimientos de Atención Médica** es el proceso mediante el cual el **Consejo de Salubridad General** reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

- Formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).
- Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
- Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la Administración Pública en cualquier orden de gobierno.
- Podrán ser incorporados a la estrategia nacional de Turismo Médico.

En el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud:

- Podrán incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

El Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentran fundamentadas en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen al Sistema Nacional de Salud, y a todas aquellas que están relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

Certificación de Establecimientos de Atención Médica

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando.

México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo, no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado. Como antecedentes inmediatos se tenía que:

En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, publicado en la Revista Salud Publica de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de lo anterior, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**; de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.
- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.

En este tenor, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Comission International (JCI), para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS A LOS ESTÁNDARES DE LA VERSIÓN 2011 A LA VERSIÓN 2012

Los cambios realizados de la versión 2011 a la 2012 se derivaron de la práctica, tanto en la implementación por parte de los directivos de los hospitales como en la evaluación por parte de los auditores y se resumen en los siguientes puntos:

1 Se mejoró la sintaxis para facilitar el entendimiento y la comprensión de los estándares, propósitos y elementos medibles.

2 Se redujeron los elementos medibles que deben presentar evidencia documental para su cumplimiento.

3 Se ampliaron los ejemplos prácticos y en los casos aplicables se señaló explícitamente la normatividad vigente en los propósitos de los estándares más incumplidos

4 Con base en la investigación de buenas prácticas para la seguridad del paciente se añadieron nuevos elementos medibles y cinco nuevos estándares, estos últimos se pueden identificar rápidamente ya que se encuentran con marco y fondo azul.



del Proceso de Certificación de Hospitales

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, la segunda los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

Las **Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente**, identifican áreas de alto riesgo en los hospitales y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos.

Las metas internacionales para la seguridad del paciente son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Los **Estándares Centrados en el Paciente** abarcan los siguientes apartados:

- Acceso y continuidad de la atención (**ACC**)
- Derechos del paciente y de su familia (**PRF**)
- Evaluación de pacientes (**AOP**)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (**SAD**)
- Atención de pacientes (**COP**)
- Anestesia y atención quirúrgica (**ASC**)
- Manejo y uso de medicamentos (**MMU**)
- Educación del paciente y de su familia (**PFE**)

Los **Estándares Centrados en la Gestión** abarcan los siguientes apartados:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (**QPS**)
- Prevención y control de infecciones (**PCI**)
- Gobierno, liderazgo y dirección (**GLD**)
- Gestión y seguridad de las instalaciones (**FMS**)
- Calificaciones y educación del personal (**SQE**)
- Manejo de la comunicación y la información (**MCI**)

El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad.

El **propósito** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar; puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.

Los **elementos medibles (EM)** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta. Los elementos se califican con la siguiente escala:

- **NA (sin valor):** significa que **no aplica** el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.
- **Cero (0):** significa que no cumple.
- **Cinco (5):** significa que cumple parcialmente.
- **Diez (10):** significa que cumple totalmente.

Por lo tanto cada elemento medible de un estándar se califica como “cumple”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.

Se califica como **“cumple”** cuando la respuesta es “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de 12 meses para recertificación;

Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como **“cumple parcialmente”** cuando la respuesta es “habitualmente” o “a veces” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 5 a 11 meses para recertificación.

Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 1 a 3 meses para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como **“no cumple”** si la respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de 0 a 4 meses para recertificación;

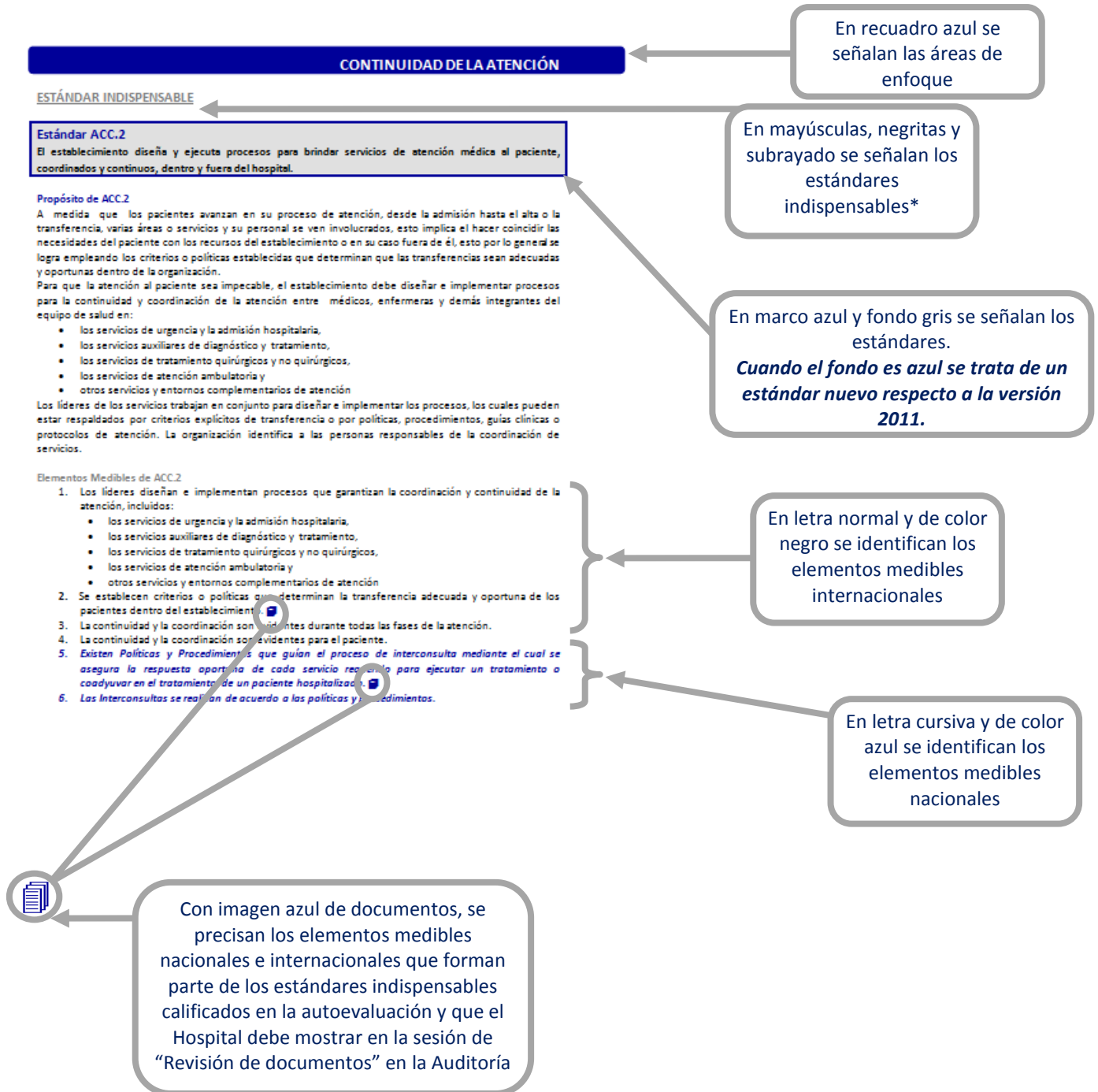
Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación con los Estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como **“no aplica”** los requerimientos del elemento medible que no corresponden a la misión, servicios y tecnología que tiene el hospital.

Las reglas anteriormente descritas aplican de la misma manera a los elementos medibles que contengan distintos componentes desglosados en viñetas o incisos, por ejemplo, ***un elemento medible que contenga cuatro incisos debe cumplirlos en su totalidad para poder ser calificado con los criterios de temporalidad arriba descritos.***

VERSIÓN 2012

La versión 2012 de los estándares para la certificación de hospitales, presenta un diseño de fácil consulta basado en colores, marcos y tipos de letra.



* Ver Regla de Decisión no. 3 para la Dictaminar la Certificación de Hospitales.



del Proceso de Certificación de Hospitales

El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:

- **Inscripción y Autoevaluación.**
- **Auditoría.**
- **Dictamen.**

PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.

Para que un hospital se inscriba al SiNaCEAM, debe:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios que correspondan a los servicios que brinda.
- No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la Acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los hospitales de alta complejidad clasificados así por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación deberán contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro. Dicha información la podrán consultar en los siguientes vínculos: <http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/59/2/images/lhcr.pdf> y <http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/59/2/images/psehn.pdf>.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas y en los Estándares para la Certificación de Hospitales vigentes a partir del 1 de enero de 2011; en este contexto, los estándares para la Autoevaluación especifican los requisitos de personal, estructura y equipamiento, así como los planes, políticas, procedimientos y sistemas de información que son obligatorios para los hospitales que incursionen en el proceso de certificación. Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de un hospital.

Los estándares de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que los Hospitales accedan a la fase de Auditoría, deben haber cumplido el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

El formato de “Solicitud de inscripción para Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria” y la “Autoevaluación” pueden obtenerse de la página web:

http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert_hospitales.html

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica al Director del hospital que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en proceso de certificación, en cuyo caso se puede expedir en el momento en que así sea solicitada una constancia. En caso de cancelar o diferir la auditoría que programe el Consejo de Salubridad General, se le eliminará del listado de establecimientos en proceso de certificación que se publica en la página web de este organismo; asimismo, en los casos que apliquen se cancelará la constancia otorgada. Por otro lado, se informará de la referida situación a la Asociación Nacional de Hospitales Privados, a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, no siendo posible reinscribirse en los siguientes seis meses; si la solicitud de cancelación o diferimiento ocurre dentro de las tres semanas previas a la auditoría, se considerará como agravante y no podrá reinscribirse al proceso hasta después de haber transcurrido un año a partir de la fecha de cancelación o diferimiento.

SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de los estándares centrados en el paciente, estándares centrados en la gestión, metas internacionales de seguridad de los pacientes y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación del Hospital. La Auditoría se desarrolla con rastreadores, los cuales pueden ser de tres tipos:

- Rastreador de Paciente
- Rastreador de Sistemas
- Rastreador Indeterminado

Para que la Auditoría cumpla con el principio de transparencia que exige el SiNaCEAM, es necesario que:

- Durante el desarrollo de los rastreadores, los auditores sean acompañados por una persona que labore en el hospital (**Secretario**), quien tomará nota del desarrollo del proceso de rastreo. De esta función quedan excluidos asesores, consultores o cualquier persona que no labore en el hospital.
- Durante el desarrollo de los rastreadores el auditor explicará las observaciones de auditoría que realice, de tal modo que el personal evaluado identificará claramente sus áreas de oportunidad.
- Todos los días que dure la Auditoría, exceptuando el primero de ellos, el equipo auditor llevará a cabo una breve **sesión de retroalimentación** donde se señalarán los aspectos positivos y las observaciones de auditoría y hallazgos que comprometen la seguridad del paciente. Si el cuerpo de gobierno, jefes de servicio o personal operativo implementa medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las calificaciones asentadas en los elementos medibles.
- Al finalizar la auditoría se entregará un **Reporte Preliminar** que contendrá las observaciones más relevantes encontradas durante la auditoría.

CANCELACIÓN O DIFERIMIENTO POR PARTE DEL HOSPITAL

En caso de cancelar o diferir la auditoría programada, se le retirará del listado de “Establecimientos en Proceso de Certificación” publicado en la página web del Consejo de Salubridad General; en su caso, se comunicará formalmente la cancelación del documento firmado por el Secretario del Consejo de Salubridad General donde se hace constar que se encuentra en “Proceso de Certificación” y no se podrá volver a inscribir en los próximos seis meses.

Si la cancelación o solicitud de diferimiento es de las tres semanas previas a la Auditoría programada, se considerará como agravante, por lo que no se podrá volver a inscribir hasta haber transcurrido un año.

Si la cancelación es por parte de un hospital privado, dicha situación se comunicará a la Asociación de Hospitales Privados (ANHP), Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y a la Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).

La descripción de cada una de las actividades que conforman la auditoría se detalla en el *Manual del Proceso de Certificación de Hospitales versión 2012*.

TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde, de forma colegiada y después de haber revisado puntualmente cada uno de los Informes de Auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (en adelante la Comisión) dictamina si un Hospital es “Certificado” o es “No Certificado” bajo las siguientes 11 **REGLAS DE DECISIÓN**, aprobadas en la 8ª. Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad General, celebrada el 28 de junio de 2010:

Se dictamina como “**CERTIFICADO**” un hospital cuando:

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
 - 1.1 Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente.
 - 1.2 No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
 - 1.3. Cumple todos los estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica.
2. Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:
 - 2.1 Cinco para cada estándar.
 - 2.2 Seis para cada apartado.
 - 2.3 Cinco en toda la Cédula (en adelante calificación general aprobatoria).
3. Los hospitales que obtengan una **calificación general aprobatoria pero incumplan o cumplan parcialmente estándares ponderados como “indispensables” y/o con observaciones de auditoría relevantes** (situaciones que ponen en riesgo la vida y seguridad de los pacientes, familiares y/o

trabajadores del hospital o que representan alguna transgresión a la normatividad vigente), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.

4. Los hospitales que obtengan una **calificación general aprobatoria menor a “9” pero incumplan la regla 2.1 y/o 2.2**, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
5. Una vez que el hospital notifique el cumplimiento requerido, según corresponda al numeral 3 y/o 4, se programará una visita de verificación y se presentará el resultado ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
6. Los establecimientos que obtengan una **calificación general aprobatoria mayor o igual a “9” e incumplan la regla descrita en el inciso 2.1**, se les otorgará el Certificado señalándoles que, después de un año, se les realizará una Auditoría de Seguimiento para constatar su cumplimiento, el resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su Certificado.

La vigencia del Certificado que, en su caso, dictamine la Comisión seguirá las siguientes reglas:

7. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 5.0 y 5.9**, la vigencia del Certificado será de 1 año con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 5.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
8. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
9. Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al hospital para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
10. El Hospital que obtenga un dictamen de **“NO CERTIFICADO”** por parte de la Comisión podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el hospital para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

- 11.** Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la Comisión, el hospital, según aplique, deberá:
- 11.1** Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación, el cual deberá demostrarlo en las Auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
 - 11.2** Concluir Procedimientos Administrativos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
 - 11.3** Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “Con evidencia de mala práctica” y/o “Con responsabilidad institucional”.

Estándares del Proceso de Certificación de Hospitales

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General evalúa que los hospitales:

1. Asuman la responsabilidad de la **Seguridad del Paciente** como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención, sustentada en la educación adecuada a su contexto sociocultural.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Puedan brindar atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de **“Primero no dañar”** sea una prioridad permanente de toda organización.

El director de un hospital que desee incursionar en el proceso de certificación debe asegurarse, desde el momento en que inscribe a su establecimiento ante el Consejo de Salubridad General, que cumple la totalidad de los “Estándares para la Certificación de Hospitales” ya que reconoce que el incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.



SECCIÓN I

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

MISP

**METAS INTERNACIONALES
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

MISP

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

International Patient Safety Goals

PERSPECTIVA GENERAL

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

Las metas están estructuradas de la misma manera que los demás apartados, incluyen un estándar, un propósito y elementos medibles. Las metas se califican en forma similar a los demás estándares como “cumple”, “cumple parcialmente” o “no cumple”, y de acuerdo con las reglas de decisión para dictaminar la certificación de hospitales aprobadas por el Consejo de Salubridad General, **ningún elemento medible (EM) debe obtener calificación de cero o cinco si el hospital desea certificarse**, por esta razón se señalan como estándares indispensables.

Las Metas y sus objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes

Objetivo: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

2. Mejorar la comunicación efectiva

Objetivo: Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

Objetivo: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

Objetivo: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.

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

Objetivo: Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**MISP.1. Identificar correctamente a los pacientes****Objetivo de la MISP.1**

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Propósito de la MISP.1

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Las políticas y/o procedimientos para identificar a los pacientes se diseñan de manera multidisciplinaria dando prioridad a los procesos utilizados para identificar a un paciente antes de:

- a) la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados. (Ver MMU.6.1)
- b) la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos. (Ver SAD.1.7)
- c) la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento. (Ver MISP.4)
- d) la dotación de dietas. (Ver MMU.4.1)

Las políticas y/o procedimientos exigen al menos el uso dos datos (identificadores) para identificar un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. El número de habitación del paciente, número de cama o su ubicación (por ejemplo: terapia intensiva, sala B, quirófano 1) no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y procedimientos también describen la forma de identificar a un paciente desconocido con alteración del estado de conciencia. Los datos (identificadores) se pueden encontrar por ejemplo, en brazaletes de identificación, membretes, entre otros.

Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles variantes en la de identificación precisa de los pacientes.

Elementos Medibles de la MISP.1

1. Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de la identificación del paciente. 📄
2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos datos (identificadores) del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente. 📄
3. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.**
4. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.
5. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos. (Ver SAD.1.7)
6. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**MISP.2. Mejorar la comunicación efectiva****Objetivo de la MISP.2**

Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Propósito de la MISP.2

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. 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. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de

resultados de laboratorio o gabinete, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado por el Servicio de Urgencias.

El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones verbales y telefónicas que incluye: escuchar completamente la orden, la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado de laboratorio o gabinete, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto, por parte de quien emite la orden o comunicación del resultado; **(Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar)**.

La política establece un lugar estandarizado para escribir las ordenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica; con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información. La ubicación de las órdenes/indicaciones y de los resultados de laboratorio o gabinete en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo.

La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar** no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos Medibles de la MISP.2

1. Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de las órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio y gabinete dados de manera verbal y/o telefónica, las cuales:
 - a) Exigen el uso del proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**.
 - b) Establecen un lugar estandarizado para escribir las ordenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal y/o telefónica
2. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.**
3. El receptor **escucha** y **escribe** la orden/indicación o el resultado de laboratorio y gabinete.
4. El receptor **lee** la orden/indicación o el resultado de laboratorio y gabinete.
5. La orden/indicación o el resultado son **confirmados** por la persona que los dio.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

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

Objetivo de la MISP.3

Prevenir errores de medicación con electrólitos concentrados.

Propósito de la MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de **electrólitos concentrados** (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [más que 0,9% concentrado], y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]; entre otros). Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrólitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.



En colaboración multidisciplinaria se desarrolla una política y/o un procedimiento que evita la colocación de electrólitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración. La política y/o el procedimiento identifican todas las áreas donde los electrólitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el Servicio de Urgencias, terapias intensivas o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

En las áreas donde se administren electrolitos concentrados se cuenta con acciones específicas o estrategias para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos. Una de las buenas prácticas basadas en la evidencia más utilizadas es la **dobles verificación o doble "chequeo"** de los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo, por personal calificado. 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

Además de los electrolitos concentrados, la organización utiliza la **dobles verificación** para al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- **Citotóxicos**
- **Medicamentos radiactivos y de naturaleza similar**
- **Insulinas**
- **Anticoagulantes**

Elementos Medibles de la MISP.3

1. Existen políticas y/o procedimientos que guían la ubicación, etiquetado y resguardo de electrolitos concentrados. 
2. *Existen políticas y procedimientos que guían las acciones específicas o estrategias que se llevarán a cabo para prevenir errores de medicación durante su preparación y la administración.* 
3. *La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.*
4. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
5. *Se utiliza la doble verificación en los procesos de preparación y administración de electrolitos concentrados.*
6. *Se utiliza la doble verificación en al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:*
 - a. *Citotóxicos*
 - b. *Medicamentos radiactivos*
 - c. *Insulinas*
 - d. *Anticoagulantes*

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Objetivo de la MISP. 4

Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

Propósito de la MISP.4

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico,
- La falta de participación del paciente en el marcado del sitio, y
- La ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Es preciso que los establecimientos, en colaboración, desarrollen una política y/o un procedimiento que sea efectivo para la eliminación de este problema.

Se emplean prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas Protocolo Universal™ para asegurar que el procedimiento correcto, en el sitio correcto y el paciente correcto, establecido por The Joint Commission (http://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx).

Los procesos esenciales encontrados en el **Protocolo Universal** son:

- El marcado del sitio quirúrgico,
- Un proceso de verificación preoperatorio,
- Tiempo fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

El **marcado del sitio quirúrgico** involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca o señal inequívoca sobre la piel del paciente, que permanezca después del lavado quirúrgico. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que llevará a cabo 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 quirúrgico **se marca en todos** los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.

El marcado del sitio quirúrgico idealmente debe llevarse a cabo por el médico que realizará el procedimiento, sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado o médico residente supervisado y validado por el médico responsable (*Ver SQE.8.3.1*); u otro médico o enfermera, siempre y cuando conozca al paciente y esté presente durante el procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico **puede omitirse** en los siguientes casos:

- Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a menos que la organización defina que en estos casos se llevará a cabo marcaje documental.

El marcado se puede realizar de manera documental **únicamente** en los siguientes casos:

- Como alternativa en pacientes que no aceptan el marcado en la piel.
- Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo en mucosas o perineo.
- En procedimientos dentales.
- En prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.

El propósito del proceso de **verificación preoperatorio** es verificar:

- el procedimiento y el paciente correctos;
- la disponibilidad todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados; (*Ver SAD.1.3.1 y SAD.2.4*)
- la presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios;
- el marcado de sitio quirúrgico, si corresponde;
- alergias;
- riesgo de hemorragia, entre otros.

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica del establecimiento.

El **tiempo fuera o “Time Out”** es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión. Lo esencial y mínimo a confirmar es **el sitio, 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 quirúrgico. El establecimiento determina el modo en que el proceso será documentado.



La **Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la Organización Mundial de la Salud**, divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (*Entrada*), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (*Pausa quirúrgica*), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (*Salida*). El **Protocolo Universal** se encuentra dentro de ésta lista de Verificación: la **“Entrada”** corresponde al proceso de verificación preoperatorio, en este momento se verifica, si corresponde, el **marcado del sitio quirúrgico** en la piel del paciente y se registra en la lista de verificación. Durante la **“Pausa Quirúrgica”** que se realiza inmediatamente antes de la incisión, con todo el equipo quirúrgico presente y en voz alta se verifica como mínimo: el sitio, procedimiento y el paciente correcto, (Tiempo fuera o Time Out). La Lista de Verificación se encuentra disponible en www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en y en la Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” de la Secretaría de Salud.

El protocolo universal debe de realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que el establecimiento determine, por ejemplo colocación de sondas pleurales.

La realización del tiempo fuera con el propósito de realizar 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 al menos en los siguientes procedimientos:

- a) Administración de hemoterapia
- b) Hemodiálisis
- c) Radioterapia

Elementos Medibles de la MISP.4

1. 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 invasivos y de alto riesgo realizados fuera de la sala de operaciones. 
2. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio quirúrgico
3. El paciente participa en el proceso de marcado, cuando es posible.
4. Se emplea una Lista de Verificación para asegurar al menos los elementos establecidos en el propósito del estándar.
5. **Se realiza y se documenta el tiempo fuera o “Time Out, con el personal que participará en el procedimiento y justo antes de iniciarlo.**
6. **Se cuenta con un listado de los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo en los que se haya establecido la realización del protocolo universal o al menos del tiempo fuera.** 

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

MISP. 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Objetivo de la MISP.5

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de higiene de manos.


Propósito de la MISP.5

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas con la atención médica comunes a todas las áreas del hospital incluyen infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, bacteremias y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas con la atención médica es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener guías internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y en otras organizaciones nacionales e internacionales.

El establecimiento cuenta con un proceso de colaboración para elaborar políticas y/o procedimientos que adapten o adopten los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro del establecimiento. (Ver PCI.9)

Elementos Medibles de la MISP.5

1. **Se cuenta con un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado.** 
2. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.**
3. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualizadas y generalmente aceptadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

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


Objetivo de la MISP. 6

Evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes.

Propósito de la MISP.6

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, el estado postquirúrgico, la edad del paciente (por ejemplo: adultos mayores), una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el equilibrio, y los apoyos empleados por el paciente para caminar. La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud. El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados.

Elementos Medibles de la MISP.6

1. Existen políticas y/o procedimientos para la evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes. 
2. La evaluación de tamizaje del paciente en urgencias y la evaluación inicial del paciente hospitalizado incluye la identificación del riesgo de caídas.
3. Se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente al menos en cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.
4. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a mitigar el riesgo de caídas.
5. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en todo el establecimiento.**



SECCIÓN 2

Estándares Centrados en el Paciente

ACC

ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA
Access to care and continuity of care

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Access to Care and Continuity of Care

PERSPECTIVA GENERAL

Un establecimiento de atención médica debe tener en cuenta que la atención que proporciona a los pacientes forma parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de la salud y unidades de atención, lo cual constituye la continuidad de la atención. El objetivo del apartado de Acceso y Continuidad de la Atención es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en el establecimiento y luego planificar el alta y el seguimiento, de esta manera se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

La información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de:

- las necesidades del paciente que el establecimiento de atención médica puede cubrir,
- el flujo eficiente de servicios al paciente, y
- la transferencia o el alta adecuadas del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.

ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

Estándar ACC.1

Los pacientes se admiten para recibir atención hospitalaria o ambulatoria, conforme a sus necesidades de salud identificadas; dichas necesidades coinciden con la misión y recursos del hospital.

Propósito de ACC.1

El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos del hospital depende de la obtención de información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante una evaluación de tamizaje, por lo general en el momento del primer contacto. El tamizaje puede realizarse mediante criterios de triage, derivados de una evaluación visual, examen físico o los resultados de evaluaciones físicas, psicológicas, de análisis clínicos de laboratorio o estudios de diagnóstico por imagen. El tamizaje puede tener lugar en un establecimiento de atención médica de referencia, durante un traslado de urgencia o cuando el paciente llega al hospital. Es importante que las decisiones de tratar, transferir o derivar se tomen sólo después de tener disponibles los resultados de las evaluaciones de tamizaje y los exámenes practicados. Sólo aquellos pacientes para quienes el establecimiento posea la capacidad clínica de proporcionar los servicios necesarios, conforme a su misión, serán tomados en cuenta para su internamiento o para brindarle servicios ambulatorios. Cuando la organización requiera pruebas o evaluaciones especiales antes de la admisión, esto se manifestará en una política escrita.

Se informa a los pacientes sobre cualquier retraso en la atención y los motivos del mismo. Este requisito se aplica a los servicios de diagnóstico y no a las esperas de menor importancia para obtener atención ambulatoria o internamiento, como cuando, por ejemplo, un médico se demora.

Elementos Medibles de ACC.1

1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto (Admisión, Urgencias y Consulta Externa) o fuera del establecimiento (cuando exista la capacidad).
2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos del establecimiento.
3. Los pacientes son aceptados únicamente si el establecimiento puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado, ambulatorio u hospitalario, para la atención.
4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de los análisis de diagnóstico a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado.
5. Las políticas identifican cuáles exámenes o análisis de diagnóstico y tamizaje deben realizarse de manera estandarizada antes de la admisión.
6. Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de los análisis necesarios para tomar estas decisiones.
7. Las políticas definen cómo los pacientes serán informados sobre su proceso de atención; así como, cuando exista una espera o demora en la atención, diagnóstico o tratamiento, las razones de esta situación y cómo ésta información será documentada.

Estándar ACC.1.1

El establecimiento cuenta con un proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios.




Propósito de ACC.1.1

El proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios está estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos. El personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Las políticas y procedimientos se ocupan de:

- el registro de pacientes ambulatorios o la admisión para su hospitalización.
- la admisión directamente por Urgencias hacia cualquier otro servicio de hospitalización.
- el proceso para mantener pacientes en observación.
- el traslado cuando las instalaciones no son las adecuadas o no hay lugar para la admisión de pacientes.

Elementos Medibles de ACC.1.1

1. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias. 
2. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria). 
3. El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos, y los cumple.
4. Las políticas y los procedimientos se ocupan de la admisión de los pacientes de urgencia en unidades de internamiento.
5. Las políticas y los procedimientos se ocupan de los pacientes que se encuentran en observación.
6. El traslado cuando las instalaciones no son las adecuadas o no hay lugar para la admisión de pacientes. 
7. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.**

ESTÁNDAR INDISPENSABLE


ACC.1.1.1 Los pacientes que necesiten atención de urgencia o inmediata tendrán prioridad para ser evaluados y tratados.

Propósito de ACC.1.1.1

Los pacientes con necesidades de atención de urgencia o inmediata deben ser identificados mediante un proceso de triage. Una vez identificados éstos pacientes deben de ser evaluados por un médico u otro personal calificado, 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 triage se realiza con base en criterios fisiológico, siempre que sea posible y adecuado, y capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darles prioridad a su atención. (Ver también COP.8.4)

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

Elementos Medibles de ACC.1.1.1

1. El establecimiento 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. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
4. Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades de atención médica.
5. **El 90% de los pacientes que llegan a al Servicio de Urgencias por su propio pie esperan menos de 15 minutos para ser atendidos.**

Estándar ACC.1.1.2

Las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación de los pacientes serán priorizadas según el estado del paciente en el momento de la admisión para internamiento en el establecimiento.

Propósito de ACC.1.1.2

Cuando los pacientes son admitidos para ser hospitalizados en el establecimiento, la evaluación de tamizaje ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación que el paciente necesita; y a seleccionar el servicio o unidad más adecuada para atender las necesidades más urgentes o prioritarias del paciente.

Elementos Medibles de ACC.1.1.2

1. La evaluación de tamizaje ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación que el paciente necesita.
2. El servicio o la unidad seleccionados para atender estas necesidades son adecuados.

ACC.1.2 En el momento de la admisión, los pacientes y sus familiares reciben información sobre el diagnóstico presuntivo o de certeza, tratamiento propuesto, hospitalización, resultado de la atención y, en su caso, el costo estimado por la atención, que les apoye en la toma de decisiones.

Propósito de ACC.1.2

Durante el proceso de admisión, el paciente y su familia reciben información suficiente que les permite tomar decisiones. Esta información comprende la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo que deben afrontar 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, el establecimiento busca y orienta al paciente y su familia en diversas formas para superar dichas restricciones. Esta información puede ser dada en forma escrita o de manera verbal, señalándose en el expediente clínico. (Ver MCI.2, EM 1).

Elementos Medibles de ACC.1.2

1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.
2. El proceso incluye información sobre la atención propuesta.
3. El proceso incluye información sobre los resultados que se esperan de la atención.
4. El proceso incluye 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.1.3

El establecimiento busca reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

Propósito de ACC.1.3

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 u otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención. La organización está familiarizada con estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios. La organización también busca disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.

Elementos Medibles de ACC.1.3

1. Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes. 
2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras durante el proceso de admisión. 
3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios. 
4. Se implementan estos procesos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ACC.1.4**


El ingreso y egreso hacia o desde unidades que prestan servicios de cuidados intensivos o especializados se determinan mediante criterios estandarizados.

Propósito de ACC.1.4

Las unidades o servicios que proporcionan cuidados intensivos y especializados (por ejemplo, las terapias intensivas, coronarias, la unidad de atención de pacientes quemados o unidades de trasplante de órganos) son costosos y por lo general tienen espacio y personal limitados. Cada hospital debe establecer los criterios de ingreso y egreso a estas unidades. Para asegurar la consistencia, los criterios deben tener una base fisiológica cuando sea posible y apropiado. El personal de urgencias o de los servicios intensivos y especializados participan en la elaboración de éstos criterios, los cuales son utilizados para determinar el ingreso directo a una unidad, por ejemplo, directamente desde el servicio de urgencias. También son utilizados para determinar las transferencias a la unidad desde dentro o desde fuera del establecimiento, y para determinar cuándo un paciente ya no necesita los servicios de la unidad y puede ser transferido a otra área del hospital o trasladado a otro establecimiento.

Cuando el establecimiento lleva a cabo una investigación u ofrece servicios o programas especializados, la inclusión en estos debe ser a través de los criterios o de un protocolo establecido. En la elaboración de los criterios o del protocolo participan las personas adecuadas, ya sea de la investigación o de los programas. La admisión en tales programas se documenta en el expediente del paciente e incluye los criterios o las condiciones del protocolo bajo las cuales el paciente fue admitido o transferido.

Elementos Medibles de ACC.1.4

1. El establecimiento ha definido criterios de ingreso y egreso para sus servicios o unidades de cuidados intensivos y especializados, incluida la investigación en seres humanos y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes. 
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. En la elaboración de los criterios participa personal experto.
4. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
5. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y especializados reúnen los requisitos establecidos en los criterios, y se documenta en el expediente clínico del paciente.
6. Los pacientes que ya no cumplan con los requisitos de los criterios para permanecer en la unidad serán transferidos o dados de alta.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.2

El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica al paciente, coordinados y continuos, dentro del hospital.

Propósito de ACC.2

A medida que los pacientes avanzan en su proceso de atención, desde la admisión hasta el alta o la transferencia, varias áreas o servicios y su personal se ven involucrados, esto implica el hacer coincidir las necesidades del paciente con los recursos del establecimiento o en su caso fuera de él, esto por lo general se logra empleando los criterios que determinan que las transferencias sean adecuadas y oportunas dentro de la organización.

Para que la atención al paciente sea impecable, el establecimiento debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeras y demás integrantes del equipo de salud en:

- los servicios de urgencia y la admisión hospitalaria,
- los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento,
- los servicios de tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos,
- los servicios de atención ambulatoria y
- otros servicios y entornos complementarios de atención.

Los líderes de los servicios trabajan en conjunto para diseñar e implementar los procesos, los cuales pueden estar respaldados por criterios explícitos de transferencia o por políticas, procedimientos, guías clínicas o protocolos de atención. La organización identifica a las personas responsables de la coordinación de servicios.

Una buena práctica para mejorar la comunicación en momentos claves de la atención médica, como traslados o cambios de turno (transiciones) es la herramienta **SBAR** (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (**S**), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (**B**), evaluaciones (**A**) y recomendaciones y actividades pendientes (**R**). (Ver MCI.6)

Elementos Medibles de ACC.2

1. Los líderes diseñan e implementan procesos que garantizan la coordinación y continuidad de la atención, incluidos:
 - los servicios de urgencia y la admisión hospitalaria,
 - los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento,
 - los servicios de tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos,
 - los servicios de atención ambulatoria y
 - otros servicios y entornos complementarios de atención
2. Se establecen criterios que determinan la transferencia adecuada y oportuna de los pacientes dentro del establecimiento, los cuales garantizan la coordinación y la continuidad de la atención. 📄
3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de la atención.
4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.
5. **Se cuenta con una política que guía 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.** 📄
6. **Las Interconsultas se realizan de acuerdo a la política.**

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ACC.2.1**

Durante todas las fases de la atención, hay una persona calificada identificada como responsable de la atención del paciente.

Propósito de ACC.2.1

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en el establecimiento, 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 debe ser un médico calificado, quien es responsable de la continuidad, la coordinación, la satisfacción del paciente, la calidad y los resultados en la atención; por lo tanto, es aconsejable que colabore y se comunique con los demás integrantes del equipo de salud.

Cuando médico en formación documenta la atención planeada y otorgada esta es validada por el médico responsable del paciente. (Ver SQE.8.3.1)

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.2.1

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.
2. El médico está calificado para asumir la responsabilidad de la atención del paciente.
3. El médico se identifica ante el personal del establecimiento.
4. *El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.*
5. *El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención otorgada y planeada o supervisa y valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.*
4. *Cuando 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**

Existe una política que establece la referencia o el alta apropiada para los pacientes.

Propósito de ACC.3

Referir o dar de alta a un paciente para que vea a un profesional de la atención fuera del establecimiento, esté en otro entorno de atención o, egrese a su hogar, se basa en el estado de salud del paciente y en las necesidades de atención o servicios para su continuidad. El médico responsable del paciente determina y autoriza el alta. También se pueden utilizar criterios para indicar cuando un paciente está listo para su egreso. Las necesidades para la continuidad de la atención pueden indicar una referencia a un especialista, terapeuta de rehabilitación o incluso necesidades de atención en el hogar, coordinadas con la familia. Se necesita un proceso organizado, para asegurar que en el hogar, los profesionales o entornos externos cubran las necesidades para la continuidad de la atención. Cuando desde la evaluación inicial se identifique a un paciente que lo requiere, se comienza la planificación del alta (Ver AOP.1.8.1) lo antes posible en el proceso de atención. La familia debe estar incluida en el proceso de planificación del alta según convenga al paciente y a sus necesidades.

Los hospitales que den “permisos de salida” a sus pacientes, por ejemplo, para el fin de semana, para alguna fecha importante en la familia o contexto social del paciente, deberán contar con una política que guíe este proceso.

Elementos Medibles de ACC.3

1. Existe una política que guía el alta de los pacientes. 📄
2. El alta garantiza la continuidad de la atención y se basa en las necesidades específicas de cada paciente.
3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan desde el ingreso o lo más pronto posible en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluirá a la familia. (Ver AOP.1.8.1)
4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes, según corresponda.
5. Cuando corresponda, existe una política para dar “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.
7. ***El expediente clínico de los pacientes contiene una nota firmada por el paciente y/o familiar responsable, donde se consignan las condiciones del permiso, los cuidados que se compromete a realizar y las consecuencias de su incumplimiento.***

Estándar ACC.3.1

El establecimiento coopera con los profesionales de la salud y con otros establecimientos para garantizar referencias oportunas y adecuadas.

Propósito de ACC.3.1

La referencia oportuna al médico, establecimiento o institución que mejor cubran las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención, requiere de una planificación, para identificar a los diferentes prestadores de servicios en la comunidad, construir relaciones formales e informales con estos prestadores y poder referir de manera adecuada a los pacientes con el personal o a una institución calificada. Cuando los pacientes vienen de una comunidad distinta, la organización intenta referirlos con una persona o institución en la comunidad del paciente.

Después del alta, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, económico, psicológico u otro. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.
2. El establecimiento identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociados con los servicios del establecimiento. (Ver PFE.3, EM 2)
3. La referencia fuera del establecimiento, se realiza a personal o a una institución calificada en la comunidad del paciente.

Estándar ACC.3.2

Los expedientes clínicos de los pacientes contienen una copia del resumen del alta.

Propósito de ACC.3.2

Se prepara un resumen de la atención del paciente en el momento en que sea dado de alta del establecimiento.

Cualquier médico calificado puede elaborar el resumen del alta, por ejemplo el médico del paciente, un médico residente u otro médico calificado y autorizado para ello. Si un médico en formación realiza el resumen del alta, es validado por el médico responsable. (Ver ACC.2.1, SQE.8.3.1)

El resumen se realiza conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

La copia del resumen de alta se archiva en el expediente clínico del paciente. Se entrega una copia al paciente cuando esté indicado por la política del establecimiento o por la práctica común de conformidad con las leyes y reglamentaciones.

Elementos Medibles de ACC.3.2

1. Un médico calificado prepara un resumen del alta, en el momento del egreso.
2. ***Todos los resúmenes del alta se realizan conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.***
3. Se archiva en el expediente del paciente una copia del resumen del alta.
4. ***Se entrega a los pacientes una copia del resumen del alta, si así lo indican la política o conforme al proceso descrito en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.***

ACC.3.2.1 El resumen del alta de los pacientes hospitalizados es completo.**Propósito de ACC.3.2.1**

El resumen de alta proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente estaba hospitalizado. El resumen puede ser utilizado para dar seguimiento al paciente.

El resumen incluye lo siguiente:

- a) Motivo de la admisión.
- b) Hallazgos relevantes.
- c) Diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados.
- d) Medicación durante el proceso de atención y los medicamentos al egreso, (todos los medicamentos que el paciente tomará en su domicilio) (Ver MMU.4.5).
- e) El estado del paciente al momento del alta.
- f) Instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de ACC.3.2.1

1. El resumen de alta contiene el motivo de la admisión, los diagnósticos y las comorbilidades.
2. El resumen de alta contiene cualquier hallazgo relevante.
3. El resumen de alta contiene el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos realizados
4. El resumen de alta contiene los medicamentos que fueron administrados y los que se dieron al alta
5. El resumen de alta contiene el estado o la condición del paciente al momento del alta
6. El resumen de alta contiene Instrucciones de seguimiento

Estándar ACC.3.3

Los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares, reciben instrucciones comprensibles de seguimiento en el momento de la referencia o del alta.

Propósito de ACC.3.3

Los pacientes deben recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso. Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los establecimientos para la continuidad de la atención, cualquier retorno al establecimiento con fines de seguimiento y cuándo debe obtenerse 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. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Elementos Medibles de ACC.3.3

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.

TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ACC.4

Existe una política que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos, a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención.

Propósito de ACC.4

El traslado de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para la atención o la continuidad de la atención. Dicho traslado puede deberse a la necesidad del paciente de obtener una interconsulta, tratamiento especializado, servicios de urgencia, cuidados intensivos, rehabilitación o cuando se rebasa la capacidad instalada del hospital. En algunos casos, se traslada al paciente a otro establecimiento solo por un tiempo definido y regresa al mismo hospital, por ejemplo, para realizar una interconsulta, un estudio de imagen, una valoración especializada, terapias de rehabilitación, entre otros, en éstos casos la responsabilidad del paciente continúa siendo del establecimiento donde el paciente se encuentra hospitalizado.

Para lo anterior, es necesario que se tenga definido el proceso de traslado de pacientes a otro establecimiento a fin de asegurar que quien reciba al paciente cubra sus necesidades de atención.

Un proceso tal se ocupa de:

- a) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención,
- b) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
- c) quién es responsable del paciente durante el traslado, y
- d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.4

1. Existe una política que guía el proceso de traslado de pacientes a otros establecimientos, la cual incluye al menos lo siguiente:
 - a) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención,
 - b) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
 - c) quién es responsable del paciente durante el traslado, y
 - d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.
2. Los pacientes son debidamente trasladados a otros establecimientos, de manera consistente con las políticas y procedimientos.

Estándar ACC.4.1

El establecimiento que refiere determina que el que recibe al paciente tiene la capacidad resolutive y aceptará a los pacientes trasladados para atender las necesidades de su atención.

Propósito de ACC.4.1

Al transferir a un paciente a otro establecimiento, la organización que refiere debe determinar si la organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describen en convenios formales o informales. Esta determinación anticipada asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.4.1

1. La organización que refiere determina que la organización que recibe puede atender las necesidades del paciente que será transferido.
2. Existen convenios formales o informales implementados con organizaciones receptoras cuando los pacientes son transferidos con cierta frecuencia.
3. *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).* 📄

Estándar ACC.4.2

Se entrega al establecimiento que recibe al paciente un resumen escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización que refiere.

Propósito de ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere junto con el paciente. Una copia del resumen del alta, se entrega al establecimiento receptor, junto con el paciente. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas y las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención.

Elementos Medibles de ACC.4.2

1. Junto con el paciente, se transfiere su información clínica o un resumen clínico.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionados.
4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ACC.4.3**

Durante un traslado personal calificado controla el estado del paciente.

Propósito de ACC.4.3

El traslado de un paciente a otro establecimiento de atención médica puede ser un proceso breve con un paciente alerta que puede hablar, o puede involucrar el traslado de un paciente comatoso que necesita supervisión continua, por un médico o una enfermera; en estos casos el paciente necesitará monitorización continua. Por lo tanto, el estado y la condición del paciente determinan las competencias adecuadas del personal encargado de monitorizar al paciente durante el traslado.

Elementos Medibles de ACC.4.3

1. Cuando corresponda, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.
2. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.

Estándar ACC.4.4

El proceso de traslado a otro establecimiento se documenta en el expediente clínico del paciente.

Propósito de ACC.4.4

El expediente clínico de cada paciente trasladado a otro establecimiento de atención médica incluye datos sobre el nombre del establecimiento y el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente, el o los motivos del traslado, así como cualquier condición especial de la misma y si el estado del paciente cambió durante el traslado (por ejemplo, si el paciente muere o necesita reanimación). Cualquier otra documentación que la política del establecimiento exija (por ejemplo, una firma del personal de enfermería o del médico que reciban al paciente, el nombre de la persona que monitorizó al paciente durante el traslado) será incluida en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.4.4

1. Los expedientes clínicos de los pacientes trasladados mencionan el nombre del establecimiento de atención médica y el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes trasladados contienen otras notas, según lo requiera la política del establecimiento que refiere.
3. Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan el o los motivos del traslado.
4. Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan toda condición especial relacionada con el traslado.
5. Los expedientes clínicos de los pacientes mencionan todo cambio en el estado del paciente durante del traslado.

TRANSPORTE**Estándar ACC.5**

El proceso referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

Propósito de ACC.5

El proceso del establecimiento para la referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. El establecimiento 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.

Elementos Medibles de ACC.5

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
4. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.
5. *Existe un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea, cuando el establecimiento no cuenta con los propios.* 📄

ACC.6 Los servicios de transporte médico cumplen con las leyes, reglamentaciones y los requisitos de licencias pertinentes.

Propósito de ACC.6

Las ambulancias, propias o subrogadas, cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes. Estas leyes y reglamentaciones regulan el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de transporte urgente, 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, etc. Cuando hay un proceso específico de habilitación o licenciamiento para las ambulancias, el establecimiento cuenta con él. Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes.

Elementos Medibles de ACC.6

1. Las ambulancias cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes.
2. Las ambulancias obtienen la habilitación o licenciamiento.
3. *Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.*

ACC.6.1 El traslado en ambulancia se realiza a través de un proceso bien gestionado que asegura al paciente y al personal la obtención de servicios de transporte seguros y de buena calidad.

Propósito de ACC.6.1

El establecimiento integra a las ambulancias al plan o programa de calidad y seguridad del paciente y a la estructura funcional del establecimiento. Si el servicio es subrogado se asegura que se supervisen basados en cláusulas de calidad para la prestación de servicios (*Ver GLD.3.3*).

Se deja constancia de ello de la siguiente manera:

- La calidad y la seguridad de los servicios en las ambulancias se incluyen en el control de calidad del establecimiento.
- Una persona calificada dirige la operación de las ambulancias.
- Existe supervisión médica de toda evaluación del paciente y todo servicio médico proporcionado durante el traslado.
- Las personas calificadas seleccionan y aseguran el tipo de ambulancia adecuada a las necesidades del paciente.
- Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todas las ambulancias.
- Las ambulancias están integradas en el programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluyen, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
- Durante el traslado en ambulancia se respetan los derechos de los pacientes.

Elementos Medibles de ACC.6.1

- La calidad y la seguridad de los servicios en las ambulancias se incluyen en el control de calidad del establecimiento.
- Una persona calificada dirige la operación de las ambulancias.
- Existe supervisión médica de toda evaluación realizada al paciente y todo servicio médico proporcionado durante el traslado.
- Las personas calificadas seleccionan y aseguran el tipo de ambulancia adecuada a las necesidades del paciente.
- Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todas las ambulancias.
- Las ambulancias están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluyen, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
- Durante el traslado en ambulancia se respetan los derechos de los pacientes.
- ***Si las ambulancias son subrogadas, se garantiza que se cumplan los elementos medibles del 2 al 7 como parte de la supervisión y el control de servicios subrogados. (Ver GLD.3.3)***

PFR

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y SU FAMILIA
Patient and Family Rights

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y DE SU FAMILIA

Patient and Family Rights

PERSPECTIVA GENERAL

Cada paciente es único en sus necesidades, fortalezas, valores y creencias. Los establecimientos de atención médica trabajan para establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes y así comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales. Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes, y en su caso sus familiares, participan en las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales.

A fin de promover el cumplimiento de los derechos de los pacientes dentro de un establecimiento de atención médica, se comienza por definir dichos derechos y luego se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos. Los pacientes son informados de sus derechos y sobre cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a brindar una atención cordial y respetuosa que proteja su dignidad.

Este capítulo se ocupa de los procesos para:

- identificar, proteger y promover los derechos de los pacientes;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- involucrar a la familia del paciente, cuando sea adecuado, en lo que respecta a las decisiones sobre la atención del paciente;
- obtener consentimientos informados;
- educar al personal sobre los derechos del paciente; y
- establecer el marco ético del establecimiento.

La forma en que se llevan a cabo estos procesos es conforme a lo estipulado en las leyes y reglamentaciones vigentes.

Estos procesos se relacionan con el modo en el que un establecimiento brinda atención médica de manera equitativa, dada la estructura del sistema de protección social y de los mecanismos de financiamiento de la atención médica del país. Este capítulo también abarca los derechos de los pacientes y sus familiares en relación con la investigación, la donación y trasplante de órganos y tejidos.

Estándar PFR.1

El establecimiento es responsable de proporcionar procesos que respalden los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.


Propósito de PFR.1

Los directivos del establecimiento son los responsables de la manera en que el establecimiento trata a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que conozcan y comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que las responsabilidades de su establecimiento tal como se identifican en las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes, para lo anterior se pueden auxiliar de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes publicada por la Secretaría de Salud.

Los directivos dan instrucciones para asegurarse de que el personal de todo el establecimiento asume la responsabilidad de proteger estos derechos. La organización respeta los derechos de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente de decidir qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Para lograr lo anterior, se elaboran e implementan políticas y procedimientos para asegurar que todo el personal sea consciente y responda ante cuestiones de derechos de los pacientes y sus familiares en todo el establecimiento. La organización emplea un proceso de colaboración para determinar las políticas y procedimientos y, cuando es adecuado, incluye a pacientes y sus familiares al proceso. (Ver ACC.6.1)

Elementos Medibles de PFR.1

1. Los directivos del establecimiento trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. Los directivos comprenden los derechos de los pacientes y sus familiares tal como están señalados en las leyes y reglamentaciones.
3. El establecimiento respeta el derecho de los pacientes y, en su caso de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.
4. El personal está informado sobre las políticas y procedimientos relacionados con los derechos del paciente y pueden explicar sus responsabilidades en cuanto a la protección de dichos derechos.
5. Las políticas y procedimientos orientan y respaldan los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento. 

Estándar PFR.1.1

Se identifican los valores y creencias de cada paciente y su familia como parte de la evaluación inicial.

Estándar PFR.1.1.1

El establecimiento cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y/o familiares, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

Propósito de PFR.1.1 y PFR.1.1.1

Dentro del proceso de atención, cada paciente tiene sus propios valores y creencias. Algunos valores y creencias son comunes a todos los pacientes y con frecuencia son de origen cultural y religioso. Otros valores y creencias son los que pertenecen a un paciente en particular. El establecimiento alienta a todos los pacientes a expresar sus creencias y respetar las creencias de los demás.

Como parte de la evaluación inicial se identifican los valores y creencias de cada paciente con el propósito de planear una atención integral. (Ver AOP.1.2; PFE.2.1, EM 1 y COP.7, EM 1)

Los valores y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden a éste. Por consiguiente, cada prestador de atención busca comprender la atención y los servicios que otorga dentro del contexto de valores y creencias del paciente. Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades religiosas o espirituales, el establecimiento cuenta con un proceso para responder a la solicitud. El proceso podrá ser llevado a cabo a través de personal religioso existente en el lugar, fuentes locales o fuentes referidas por la familia. El proceso para dar respuesta es más complejo cuando, por ejemplo, no se reconoce oficialmente una religión o creencias específicas, o se carece de fuentes relacionadas con la religión o creencias cuyos servicios se soliciten.

PFR.1.1 La atención deberá ser cordial y respetuosa para con los valores y creencias personales del paciente.

Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Se identifican los valores y creencias de cada paciente como parte de la evaluación inicial, y en su caso de la familia.
2. Se respetan los valores y creencias del paciente.

PFR.1.1.1 El establecimiento cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y/o familiares, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

Elementos Medibles de PFR.1.1.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso diseñado para responder ante solicitudes, tanto de rutina como complejas, vinculadas con el apoyo religioso o espiritual.
2. El establecimiento responde ante las solicitudes de apoyo religioso o espiritual.

Estándares PFR.1.2

La atención médica respeta la necesidad de privacidad del paciente.

Propósito de PFR.1.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos, tratamientos y transporte. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en entrevistas de auditoría para la certificación. 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.

Elementos Medibles de PFR.1.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento. *(Ver PFR.2.5)*
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.
3. ***Los directivos aseguran la infraestructura necesaria para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo requieran.***

Estándar PFR.1.3

Existe un proceso que asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

Propósito de PFR.1.3

El establecimiento 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 que son atendidos en el establecimiento.

Cuando el establecimiento toma la responsabilidad de cualquiera o todas las pertenencias del paciente dentro del establecimiento, hay un proceso para determinar el número y tipo de pertenencias y 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. El establecimiento determinó su nivel de responsabilidad por las pertenencias de los pacientes. 📄
2. Los pacientes reciben información sobre la responsabilidad del establecimiento por la protección de sus pertenencias personales.
3. Las pertenencias del paciente se protegen cuando la organización asume la responsabilidad o cuando el paciente no es capaz de asumir la responsabilidad.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.1.4

Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Propósito de PFR.1.4

El establecimiento es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de bebés, niños, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o que no puedan manifestar su necesidad de pedir ayuda. El establecimiento procura evitar las agresiones a través de procesos tales como la investigación de las personas que se encuentren dentro del establecimiento sin la debida identificación, el control de las áreas que sean remotas o estén 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. El establecimiento cuenta con un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de bebés, niños, adultos mayores y demás personas con capacidades diferentes o con limitaciones para protegerse.
3. **Existe un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.**
4. **Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.**
5. Se investiga a las personas sin identificación.
6. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación.
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.** 📄

ESTÁNDAR INDISPENSABLE


Estándar PFR.1.5

Los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores y demás población en riesgo obtienen la protección adecuada.

Propósito de PFR.1.5

Cada establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables e implementa procesos para proteger sus derechos; el personal comprende sus responsabilidades en estos procesos. Es posible que se identifiquen en las leyes o reglamentaciones los grupos de pacientes vulnerables y la responsabilidad del establecimiento. Como mínimo, se consideran como pacientes vulnerables los niños, las personas con discapacidad, pacientes comatosos, los adultos mayores y demás población en riesgo identificada de acuerdo a la población atendida en el establecimiento. En estos pacientes se brinda una protección que va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios o la asistencia en caso de incendio.

Elementos Medibles de PFR.1.5

1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables. 
2. Los pacientes vulnerables se encuentran protegidos.
3. El personal comprende sus responsabilidades en el proceso de protección.

Estándar PFR.1.6

La información del paciente es confidencial.

Propósito de PFR.1.6

La información médica que se concentra y 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 ambos. El establecimiento resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa políticas y procedimientos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. Las políticas y procedimientos son acordes a las leyes y reglamentaciones vigentes.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, no haciendo pública la información confidencial en la puerta de la habitación del paciente o en la estación de enfermería, asimismo omite hacer comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de las leyes, reglamentaciones y normatividad que rigen la confidencialidad de la información e instruye 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. (Ver MCI.10, ME 4 y MCI.16)

Elementos Medibles de PFR.1.6

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantendrá la confidencialidad de su información conforme las leyes, reglamentaciones y normatividad aplicables.
2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información no cubierta por las leyes, reglamentaciones y normatividad.
3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.


Estándar PFR.2

El establecimiento respeta los derechos de los pacientes y sus familiares y fomenta su participación en el proceso de atención médica.

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. El establecimiento respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración e implementación de políticas y procedimientos. El personal administrativo, el personal clínico y demás personal, participan en la elaboración de dichas políticas y procedimientos. Todo el personal recibe capacitación sobre las políticas y procedimientos, y 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. Se elaboran políticas y procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención. 
2. La elaboración de políticas y procedimientos es un esfuerzo de colaboración e incluye tanto al personal directivo como operativo.
3. El personal recibe capacitación sobre las políticas, procedimientos y su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

Estándar PFR.2.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares acerca del proceso de cómo les comunicarán el estado de salud, diagnóstico de certeza y el tratamiento planeado, así como de la manera en que pueden participar en las decisiones sobre su atención, en la medida que deseen participar.

Propósito de PFR.2.1

A fin de que los pacientes y sus familiares participen en las decisiones del proceso de atención, necesitan información básica sobre el estado de salud o la condición médica encontrada durante las evaluaciones, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado, y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo se les proporcionará esta información y quién es responsable de comunicarla, el tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participar en dichas decisiones. Además, los pacientes y sus familiares necesitan comprender el proceso del establecimiento para obtener el consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnósticos y tratamientos los requieren.

Si bien algunos pacientes quizá no deseen enterarse personalmente de un diagnóstico confirmado, ni participar en las decisiones respecto a su atención, se les brinda la posibilidad, y pueden optar por participar a través de un familiar o un tercero responsable de la toma de decisiones.

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 planificados.
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.

Estándar PFR.2.1.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo y quién les comunicará los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Propósito de PFR.2.1.1

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, como 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. (Ver COP.2.4)

Elementos Medibles de PFR.2.1.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de los resultados de la atención y del tratamiento.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de cualquier resultado imprevisto de la atención y del tratamiento.

Estándar PFR.2.2

El establecimiento 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 planificados 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.

Elementos Medibles de PFR.2.2

1. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
2. El establecimiento informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones.
3. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
4. El establecimiento 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.*

Estándar PFR.2.3

El establecimiento respeta los deseos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar o retirar los tratamientos para prolongar la vida.

Propósito de PFR.2.3

Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento para prolongar la vida o retirarlo, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. Ningún procedimiento específico puede prever todas las situaciones en las cuales deberán tomarse esas decisiones. Por este motivo, es importante que el establecimiento elabore un marco para la toma de estas decisiones difíciles.

El marco:

- Ayuda al establecimiento a identificar su posición sobre estos temas.
- Asegura que la posición del establecimiento se ajuste a las normas religiosas y culturales de su comunidad, y a todo requisito legal: artículo 345 de la Ley General de Salud y, según corresponda, normatividad relacionada con la voluntad anticipada en las entidades federativas.
- Se ocupa de situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención;
- Guía a los profesionales de la salud a través de los problemas éticos y legales para llevar a cabo tales deseos de un paciente.

A fin de garantizar que el proceso de toma de decisiones relacionado con el cumplimiento de los deseos del paciente se aplique sistemáticamente, el establecimiento elabora políticas y procedimientos mediante un proceso que incluye a un equipo multidisciplinario. Las políticas y procedimientos identifican las responsabilidades y la forma como se documenta el proceso en el expediente clínico.

Elementos Medibles de 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. 📄
2. La posición del establecimiento se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal.
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. 📄

4. Se implementan políticas y procedimientos para guiar la respuesta del establecimiento con respecto a las decisiones del paciente.
5. Las políticas y procedimientos se elaboraron a través de un proceso de colaboración.
6. La documentación de las decisiones se hace conforme a la política del establecimiento.
7. El establecimiento guía a los profesionales de la salud en los problemas éticos y legales para llevar a cabo los deseos de los pacientes.

Estándar PFR.2.4

El establecimiento respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados.

Propósito de PFR.2.4

El dolor es habitual en la experiencia del paciente y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor, con frecuencia se encuentra dentro del contexto de las normas sociales y tradiciones, por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención del establecimiento reconocen y reflejan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuado. (Ver AOP.1.8.2, COP.6 y COP.7.2)

Elementos Medibles de PFR.2.4

1. El establecimiento respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.
2. El personal del establecimiento comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja con precisión.

Estándar PFR.2.5

El establecimiento respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida.

Propósito de PFR.2.5

Los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente guía todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de su vida. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios, el manejo del dolor, la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y su familia y la participación en las decisiones de la atención. (Ver AOP.1.2; PFR.1.1 y PFR.1.1.1, COP.6 y COP Área de enfoque de Pacientes en etapa terminal)

Elementos Medibles de PFR.2.5

1. El establecimiento reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.
2. El personal del establecimiento respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.
3. El establecimiento brinda los servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.

Estándar PFR.3

El establecimiento 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; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.

Propósito de PFR.3

Los pacientes y sus familiares tienen derecho a manifestar quejas sobre la atención y a que éstas sean revisadas y resueltas. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan dudas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o terceros que deben tomar decisiones; estos dilemas pueden surgir en los

procesos de acceso a la atención, tratamiento o alta y pueden ser particularmente difíciles de resolver, por ejemplo, para omitir los servicios de reanimación o en la renuncia a un tratamiento para prolongar la vida.

Se han implementado procesos para procurar la resolución de dichas dudas, conflictos o dilemas; asimismo, identifica, en políticas y procedimientos, a quienes necesitan involucrar en los procesos, y el modo en que el paciente y la familia participen.

Elementos Medibles de PFR.3

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a manifestar una queja y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al mecanismo del establecimiento.
3. Las dudas, conflictos y/o dilemas que surgen durante el proceso de atención se analizan conforme al mecanismo del establecimiento.

Estándar PFR.4

El personal recibe educación 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

El establecimiento educa a todo el personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que, tanto en el personal como pacientes, no coincidan en los mismos valores y creencias. La educación comprende el modo en que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos en 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, de forma tal que los pueden entender.

Propósito de PFR.5

La admisión a un establecimiento de atención médica puede ser una experiencia aterradora y confusa para los pacientes, razón por la cual les resulta difícil entender y actuar acorde a sus derechos. Por consiguiente, el establecimiento prepara un documento de los derechos de los pacientes y de sus familias, que se entrega a cada paciente en el momento de su admisión y se encuentra disponible durante todo el proceso de atención. Por ejemplo, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes puede estar publicada en el establecimiento.

El documento debe ser adecuado a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes. Cuando la comunicación por escrito no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos de un modo tal que los puedan entender. (Ver MCI.3, ME 1 y 2)

Elementos Medibles de PFR.5

1. Cada paciente recibe por escrito la información sobre sus derechos.
2. El establecimiento cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación escrita no resulta efectiva o adecuada.
3. **El hospital cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Paciente y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles. (Ver MCI.3)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO**ESTÁNDAR INDISPENSABLE****Estándar PFR.6**

El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado.

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 al acto autorizado; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente.

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos que conlleven un alto riesgo. El proceso de consentimiento está claramente definido por el establecimiento en sus políticas y procedimientos, y cumple con la normatividad vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares entienden 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. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos, que cumple con la normatividad vigente. 📄
2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.

Estándar PFR.6.1

Los pacientes y familiares reciben información adecuada acerca de la enfermedad, el o los tratamientos propuestos y los prestadores de atención, para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

Propósito de PFR.6.1

El personal explica claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia. La información proporcionada incluye:

- a) el estado del paciente,
- b) el o los tratamientos propuestos,
- c) los beneficios y riesgos,
- d) las posibles alternativas,
- e) las probabilidades de éxito,
- f) los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
- g) los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

El personal también informa al paciente el nombre del médico u otro facultativo que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

Elementos Medibles de PFR.6.1

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.

3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del médico u otro facultativo responsables de su atención. (Ver ACC.2.1)
7. **Los incisos b), c) y d) del propósito están documentados en el Consentimiento Informado.**

Estándar PFR.6.2

El establecimiento implementa un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Propósito de PFR.6.2

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero, por ejemplo cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la normatividad vigente, de conformidad con lo señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.6.2

1. El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado. 📄
2. El proceso respeta leyes, cultura y costumbres.
3. Las personas que otorgan el consentimiento, además del paciente, se identifican en el expediente clínico del paciente.

Estándar PFR.6.3

El consentimiento informado que se obtiene al ingreso de pacientes a hospitalización y atención ambulatoria, es claro en cuanto a su alcance y sus límites.

Propósito de PFR.6.3

Los hospitales deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido para ser internado o atendido como paciente ambulatorio. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado Consentimiento informado general o de ingreso. Los pacientes también obtienen información sobre los análisis y tratamientos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado; lo anterior conforme lo señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

El consentimiento general menciona, en los casos que aplique, la probabilidad de participación de estudiantes o practicantes en los procesos de atención.

Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de PFR.6.3

1. Se informa a los pacientes y sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento general, y los casos en que se utiliza.
2. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento general al ingreso de cada paciente, en el expediente clínico.
3. Se obtiene un consentimiento informado general (de ingreso o de admisión al establecimiento).
4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
5. Si corresponde, el consentimiento informado general menciona 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 aplicación de anestesia o sedación, el uso de sangre y hemoderivados y demás tratamientos y procedimientos de alto riesgo.

Propósito de PFR.6.4

Cuando la atención planificada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia (incluidas sedación moderada y profunda), uso de sangre y hemoderivados u otros tratamientos o procedimientos de alto riesgo, por ejemplo la colocación de un catéter subclavio o la realización de un tratamiento de hemodiálisis, 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.

Elementos Medibles de PFR.6.4

1. Se obtiene el consentimiento antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.
2. Se obtiene el consentimiento antes de una anestesia (incluidas sedación moderada y profunda).
3. Se obtiene el consentimiento antes de usar sangre y hemoderivados.
4. Se obtiene el consentimiento antes de otros procedimientos y tratamientos de alto riesgo.
5. La identidad de la persona que informa al paciente y a la familia se consigna en el expediente clínico del paciente.
6. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.

Estándar PFR.6.4.1

El establecimiento enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado especial.

Propósito de PFR.6.4.1

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento especial. Cada establecimiento identifica aquellos procedimientos de alto riesgo o con tendencia a generar problemas, por ejemplo la sujeción, además de otros procedimientos y tratamientos para los que deberá obtenerse un consentimiento especial. El establecimiento enumera estos procedimientos y tratamientos y educa al personal a fin de asegurarse de que el proceso de obtención de consentimientos sea coherente. La lista se elabora en colaboración con los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos o realizan los procedimientos, dicha lista incluye procedimientos y tratamientos en pacientes ambulatorios y hospitalizados, además de los mencionados en el estándar PFR.6.4. *(Ver propósito de los estándares COP.3.1 a COP.3.9)*

Elementos Medibles de 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 especial. 📄
2. La lista se elabora en colaboración con los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos y realizan los procedimientos.

Estándar PFR.7

El establecimiento informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos.

Propósito de PFR.7

Un establecimiento que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos brinda información a los pacientes y sus familiares respecto a cómo acceder a dichas actividades cuando son relevantes en lo correspondiente a sus necesidades de tratamiento. Cuando se solicita la participación del paciente, será preciso brindarle información para que tome decisiones. Dicha información incluye:

- a) beneficios esperados,
- b) molestias y riesgos potenciales,
- c) alternativas que quizá también sean de ayuda, y
- d) procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, y que su negativa o abandono no comprometerán su acceso a los servicios del establecimiento.

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para proporcionar esta información a los pacientes y sus familiares.

Elementos Medibles de PFR.7

1. Se identifica a los pacientes y familiares adecuados y se les informa sobre cómo acceder a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.
2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.
3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.
5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.
6. Se informa a los pacientes que, en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, su acceso a los servicios del establecimiento no se verá comprometido.
7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión. 📄

Estándar PFR.7.1

El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre el modo en que se protege a los pacientes que optan por participar en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos.

Propósito de PFR.7.1

Un hospital que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos sabe que su primera responsabilidad es la salud y el bienestar del paciente, por lo tanto, informa con antelación a los pacientes y familiares sobre los procesos establecidos para:

- a) revisar protocolos de investigación;
- b) sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes;
- c) obtener el consentimiento del paciente; y
- d) abandonar la participación.

Esta información se comunica a los pacientes y familiares a fin de ayudar con las decisiones acerca de la participación.

Elementos Medibles de PFR.7.1

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para revisar protocolos de investigación.
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para sopesar los beneficios y riesgos para los pacientes.
3. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para la obtención del consentimiento.
4. Se informa a los pacientes y familiares acerca del proceso para dejar de participar.

Estándar PFR.8

Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en estudios, investigaciones y ensayos clínicos.

Propósito de PFR.8

Cuando los pacientes y familiares deciden participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se otorga un consentimiento informado. La información brindada en el momento en que se toma la decisión de participar sirve de base para documentar el consentimiento informado (Ver PFR.6). La o las personas que brindan la información y obtienen el consentimiento se anotan en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de PFR.8

1. Cuando un paciente decide participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se obtiene un consentimiento informado.
2. La identidad de la o las personas que brindan la información y obtienen el consentimiento se anotan en el expediente clínico del paciente.
3. El consentimiento informado se integra al expediente clínico con la firma del paciente y sus testigos.

Estándar PFR.9

El establecimiento cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación que se realice en el establecimiento, en la que participen seres humanos.

Propósito de PFR.9

Cuando en el establecimiento se llevan a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos que involucran a seres humanos, se instaura un **Comité de Ética en Investigación** para la supervisión de todas las actividades, el cual se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en el **Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud**.

El comité será responsable de:

- Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.
- Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan
- Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.
- Supervisar todos los protocolos de investigación.
- Llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.

Elementos Medibles de PFR.9

1. **El establecimiento cuenta con un Comité de Ética en Investigación conformado según la normatividad vigente.**
2. **El Comité de ética en Investigación es responsable de:**
 - **Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.**
 - **Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan**
 - **Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.**
 - **Supervisar todos los protocolos de investigación.**
 - **Llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.**
3. **La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS.**

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Estándar PFR.10

El hospital informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo optar por donar órganos y otros tejidos.

Propósito de PFR.10

El establecimiento apoya la decisión de los pacientes y familiares de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante. Se ofrece información sobre el proceso de donación.

Elementos Medibles de PFR.10

1. El establecimiento apoya las decisiones del paciente y de la familia en lo que se refiere a la donación de órganos y otros tejidos.
2. El establecimiento ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar PFR.11

El establecimiento cuenta con mecanismos para supervisar la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.

Propósito de PFR.11

Se elaboran políticas y procedimientos para guiar el proceso de obtención, donación y trasplante. Las políticas deben estar de acuerdo con las leyes y reglamentaciones y respetar los valores religiosos y culturales de la comunidad. El personal del establecimiento está capacitado en implementar las políticas y procedimientos para apoyar las decisiones del paciente y de la familia. El personal también recibe capacitación sobre las inquietudes y problemas contemporáneos relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.

El hospital coopera con otras organizaciones y agencias de la comunidad responsables del total o parte del proceso de procuración, obtención, almacenamiento en banco, transporte o trasplante de órganos.

Elementos Medibles de 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 trasplante. 📄
3. El personal está capacitado en lo que se refiere a las políticas y procedimientos.
4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
5. El hospital coopera con las agencias y organizaciones relevantes de la comunidad a fin de respetar e implementar la decisión de donar.

AOP

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patients

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patient

PERSPECTIVA GENERAL

Un proceso efectivo de evaluación de pacientes da como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambia. La evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico que tiene lugar en muchas áreas de atención hospitalaria y ambulatoria. La evaluación del paciente consta de tres procesos:

- a) Obtención de información sobre las necesidades específicas de cada paciente.
- b) Análisis de la información, incluidos los resultados de los análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención médica del paciente.
- c) Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades específicas de cada paciente.

La evaluación es adecuada cuando tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y las preferencias del paciente. Estos procesos se llevan a cabo con más eficacia cuando los profesionales de la salud responsables del paciente trabajan juntos.

Se destaca la **evaluación inicial** del paciente hospitalizado, la cual debe de integrar de manera multidisciplinaria y coordinada todas las evaluaciones que se mencionan en este apartado y en otros como las MISP, PFR y PFE (Ver MISP.6, PFE.2.1, PFR.1.1); la evaluación inicial debe realizarse en las primeras 24 horas de hospitalización del paciente y debe garantizar que el plan de atención cubra sus necesidades específicas.

Estándar AOP.1

Las necesidades de atención médica de todos los pacientes, se identifican a través de un proceso de evaluación inicial.

Propósito de AOP.1

Cuando un paciente es admitido en un establecimiento para ser atendido, el personal necesita evaluarlo completamente para definir el motivo por el cual el paciente está ahí. La información específica que el establecimiento requiere en esta etapa y los procedimientos para obtenerla dependen de la necesidad del paciente y del área en la cual se está proporcionando la atención. Las políticas y procedimientos del establecimiento definen qué información debe reunirse, cómo obtenerla y dónde documentarla.

Elementos Medibles de AOP.1

1. Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados, cómo obtenerla y dónde documentarla. 📄
2. Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes ambulatorios, cómo obtenerla y dónde documentarla. 📄

Estándar AOP.1.1

El hospital ha determinado el alcance y el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Propósito de AOP.1.1

A fin de evaluar en forma coherente las necesidades de los pacientes, el establecimiento define, en sus políticas, el contenido de las evaluaciones realizadas por médicos, enfermeras y otras disciplinas clínicas. Los formatos utilizados para estas evaluaciones coadyuvan a la implementación de las políticas. El establecimiento define cómo y quien realizará dichas evaluaciones. Asimismo, define los elementos que son comunes en todas las evaluaciones y define las diferencias, cuando lo permitan, dentro del alcance de los servicios que se proporcionan. La evaluación definida en la política puede ser completada por más de una persona calificada y en diferentes momentos de la atención. El resultado de las evaluaciones debe estar disponible al momento de iniciar el tratamiento.

Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El alcance y el contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas. 📄
2. El alcance y el contenido de las evaluaciones realizadas a pacientes hospitalizados y ambulatorios se define en las políticas. 📄

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar AOP.1.2**

A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

Estándar AOP.1.2.1

La evaluación inicial incluye la evaluación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos.

Propósito de AOP.1.2 y AOP.1.2.1

La valoración médica y de enfermería inicial de un paciente, hospitalizado o ambulatorio, son fundamentales para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La evaluación inicial proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- formular un diagnóstico inicial, y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para obtener esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente. Una evaluación psicológica de tamizaje determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La información social no está destinada a “clasificar” al paciente, por el contrario, tiene el propósito de conocer los contextos social, cultural (como valores y creencias, *ver PFR.1.1, PFE.2.1, COP.7*), familiar y económico de un paciente ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.


La evaluación inicial incluye al menos los siguientes elementos:

1. Historia Clínica
2. Exploración Física
3. Evaluación de enfermería
4. Evaluación social
5. Evaluación económica
6. Evaluación cultural (*valores y creencias, Ver PFR.1.1*)
7. Evaluación psicológica de tamizaje
8. Evaluación nutricional (*Ver AOP.1.6*)
9. Evaluación funcional (*Ver AOP.1.6*)
10. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales (*Ver AOP.1.8*)
11. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta (*Ver AOP.1.8.1*)
12. Evaluación del Dolor (*Ver AOP.1.8.2*)
13. Identificación del riesgo de caídas (*Ver MISP.1.6*)
14. Identificación de las necesidades de educación (*Ver PFE.2 y PFE.2.1*)
15. Evaluación de las barreras para el aprendizaje (*Ver PFE.2 y PFE.2.1*)
16. Evaluación de la disposición para aprender (*Ver PFE.2 y PFE.2.1*)

Personal calificado de diferentes disciplinas podrá participar en la evaluación del paciente. Los factores más importantes son que las valoraciones estén completas y a disposición (*Ver MCI.7, EM 2*) de quienes atienden al paciente.

AOP.1.2 A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

Elementos Medibles de AOP.1.2

1. Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la evaluación inicial del paciente. 
2. La evaluación inicial incluye al menos los dieciséis elementos solicitados en el propósito del estándar.
3. La evaluación inicial da como resultado la comprensión de toda atención previa y la atención que el paciente necesita.
4. La evaluación inicial da como resultado la selección del mejor entorno para la atención.
5. La evaluación inicial da como resultado un diagnóstico inicial.

AOP.1.2.1 La evaluación inicial incluye la evaluación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos.

Elementos Medibles de AOP.1.2.1

1. A cada paciente se le realiza una historia clínica y exploración física como parte de su evaluación inicial.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte de su evaluación inicial.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de su evaluación inicial.
4. A cada paciente se le realiza una evaluación social como parte de su evaluación inicial.
5. A cada paciente se le realiza una evaluación cultural (valores y creencias) como parte de su evaluación inicial.
6. A cada paciente se le realiza una evaluación económica como parte de su evaluación inicial.

Estándar AOP.1.3

Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de la evaluación inicial.

Estándar AOP.1.3.1

La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de urgencia se adecua a sus necesidades y estados.

Propósito de AOP.1.3 y AOP.1.3.1

El propósito de realizar la evaluación inicial es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente con el fin de iniciar la atención y el tratamiento. Para lograr esto, el establecimiento determina el alcance y el contenido de la evaluación médica, de enfermería y demás valoraciones que se llevarán a cabo de manera inicial (*Ver AOP.1.2 y AOP.1.2.1*), así como el marco de tiempo y requisitos para completarla dentro de las primeras 24 horas.

Si bien la evaluación médica y de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, otras disciplinas podrían hacer evaluaciones adicionales, incluidas evaluaciones especiales (*AOP.1.8*) y evaluaciones personalizadas (*AOP.1.7*). Estas evaluaciones deben estar integradas (*AOP.4*), y deben identificar las necesidades de atención más urgentes (*AOP.4.1*).

En una urgencia, las evaluaciones iniciales, médicas y de enfermería, podrían solamente enfocarse a las necesidades y al estado del paciente. Cuando no hay tiempo de registrar la historia clínica completa en un paciente de urgencia que necesita cirugía, se incluye una nota con el diagnóstico preoperatorio, antes de la cirugía.

AOP.1.3 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales.

Elementos Medibles de AOP.1.3

1. La evaluación inicial da como resultado la identificación de las necesidades del paciente, que.
2. Las necesidades se identifican basándose en la evaluación inicial completa.

AOP.1.3.1 La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de urgencia se adecua a sus necesidades y estados.

Elementos Medibles de 1.3.1

1. En el caso de los pacientes de urgencia, la evaluación médica se adecua a sus necesidades y a su estado de salud.
2. En el caso de los pacientes de urgencia, la evaluación de enfermería se adecua a sus necesidades y a su estado de salud.
3. Si se realiza una cirugía de urgencia, se registrará una nota preoperatoria y un diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar AOP.1.4**

Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización.

Propósito de AOP.1.4

A fin de comenzar el tratamiento correcto para el paciente, **la evaluación inicial debe completarse en las primeras 24 horas de atención.**

El establecimiento de atención médica determina el marco de tiempo para realizar cada uno de los elementos que conforman la evaluación inicial; por ejemplo, se puede determinar que la realización de la historia clínica deberá realizarse en las primeras 8 horas y la nutricional dentro de las primeras 4 horas. El lapso de tiempo depende de una variedad de factores, incluidos los tipos de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de las condiciones en torno a su atención. Considerando lo anterior, un establecimiento puede definir distintos marcos de tiempo para completar la evaluación inicial dentro de las primeras 24 horas.

Cuando una evaluación se realiza total o parcialmente fuera del establecimiento los hallazgos se revisan y/o verifican en el momento de la admisión, según sea adecuado para el tiempo entre la evaluación externa y la admisión.

Se establecen marcos de tiempo para la realización de las revaloraciones.

Elementos Medibles de AOP.1.4

1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de la evaluación inicial y revaloraciones en todos los entornos y servicios. 📄
2. La evaluación inicial se completa en las primeras 24 horas, dentro de los marcos de tiempo definidos por el establecimiento.
3. Las revaloraciones se realizan dentro de los marcos de tiempo establecidos por la organización.
4. Se revisan y/o verifican los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera del establecimiento en el momento de la admisión para hospitalizar a un paciente.
5. ***Se revisan y/o verifican los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera del establecimiento en el momento ingresar a un servicio ambulatorio a un paciente.***

Estándar AOP.1.4.1

Las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión del paciente para hospitalización o antes, según lo indique el estado del paciente o la política del hospital.

Propósito de AOP.1.4.1

Las evaluaciones iniciales, médica y de enfermería, se completan dentro de las 24 horas posteriores a la admisión en el establecimiento, y están a disposición de todos los que proporcionen atención al paciente. Cuando el estado del paciente así lo requiera, las evaluaciones médica y/o de enfermería iniciales se llevarán a cabo y estarán disponibles lo antes posible. Por consiguiente, los pacientes de urgencia son evaluados inmediatamente. La política podrá definir qué otro grupo de pacientes debe ser evaluado antes de 24 horas.

Si en el momento de la admisión como paciente hospitalizado, la evaluación médica llevada a cabo en un entorno externo, tiene más de 30 días de antigüedad, deberá actualizarse la historia clínica. En el caso de valoraciones médicas llevadas a cabo dentro de los 30 días previos a la admisión, se documentará todo cambio relevante en el estado del paciente. Esta actualización de la historia clínica podrá realizarla un médico calificado o personal en formación supervisado (Ver AOP.4, SQE.8.3, SQE.8.3.1).

Elementos Medibles de AOP.1.4.1

1. La evaluación médica inicial se lleva a cabo dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para ser hospitalizado, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
2. La evaluación de enfermería inicial se lleva a cabo dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para ser hospitalizado, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
3. Las evaluaciones médicas iniciales llevadas a cabo antes de la admisión como paciente hospitalizado, o antes de un procedimiento ambulatorio en el establecimiento, no tienen más de 30 días, de lo contrario, la historia clínica y la exploración física se han actualizado.
4. En las evaluaciones de menos de 30 días de antigüedad, los cambios relevantes en el estado del paciente se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se documentan en el expediente clínico y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.

Propósito de AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se utilizan durante todo el proceso de atención, para valorar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. Por lo anterior, resulta fundamental que la evaluación médica, de enfermería y de otras disciplinas, se encuentren bien documentadas y puedan encontrarse fácilmente en el expediente clínico. En particular, la evaluación inicial se documenta en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas de atención. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico de acuerdo a los marcos de tiempo establecidos por la organización.

Esto no impide la inclusión de valoraciones adicionales, más detalladas, en diferentes lugares dentro del expediente clínico, siempre y cuando queden al alcance de quienes atienden al paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.5

1. Los hallazgos de las evaluaciones se documentan en el expediente clínico.
2. Quienes atienden al paciente pueden encontrar y obtener las evaluaciones en el expediente clínico.
3. La evaluación inicial se documentan en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas.
4. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico de acuerdo a los marcos de tiempo establecidos por la organización.

Estándar AOP.1.5.1

La evaluación médica se documenta antes de cualquier tratamiento con anestesia o quirúrgico.

Propósito de AOP.1.5.1

Los resultados de la evaluación médica y pruebas diagnósticas se incluyen en el expediente clínico antes de cualquier tratamiento con anestesia o tratamiento quirúrgico.

Elementos Medibles de AOP.1.5.1

1. Los pacientes para quienes hay una cirugía programada se someten a una evaluación médica antes de la intervención.
2. La evaluación médica de los pacientes quirúrgicos se documenta antes de la cirugía.

Estándar AOP.1.6

A todos los pacientes se les realiza una valoración de tamizaje del estado nutricional y de su funcionalidad y, cuando se identifican riesgos, se les realiza para una evaluación exhaustiva.



Propósito de AOP.1.6

La evaluación inicial puede indicar que el paciente necesita una evaluación más amplia o más profunda de su estado nutricional o funcional.

Por lo cual personal calificado ha elaborado criterios para identificar a los pacientes que requieran una evaluación funcional y nutricional exhaustiva.

Como parte de la evaluación inicial, se valoran estos criterios, en consecuencia, a los pacientes con riesgo nutricional y/o funcional, se les realiza una evaluación exhaustiva.

Elementos Medibles de AOP.1.6

1. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva. 
2. A los pacientes se les realiza una evaluación inicial que incluye criterios de tamizaje para riesgo nutricional.
3. Los pacientes en riesgo de padecer problemas nutricionales, según los criterios, se someten a una evaluación nutricional exhaustiva.
4. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva. 
5. A los pacientes se les realiza una evaluación inicial que incluye criterios para detectar la necesidad de una evaluación funcional exhaustiva.
6. Se les realiza una evaluación funcional exhaustiva a los pacientes que la requieren.

Estándar AOP.1.7

Se realizan evaluaciones iniciales personalizadas, considerando las características de las poblaciones especiales atendidas en el establecimiento.

Propósito de AOP.1.7

La evaluación inicial de determinados grupos de pacientes requiere que el proceso de evaluación sea específico. Cada establecimiento identifica esas poblaciones y situaciones especiales de sus pacientes y particulariza el proceso de evaluación.

Al menos las siguientes poblaciones obtienen evaluaciones personalizadas:

- a) pacientes pediátricos,
- b) adultos mayores,
- c) enfermos terminales,
- d) mujeres embarazadas,
- e) pacientes con sobrepeso u obesidad,
- f) pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
- g) pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
- h) víctimas de abuso y negligencia, y
- i) víctimas de violencia familiar.

El proceso de evaluación coincide con las leyes y reglamentaciones relacionadas con dichas poblaciones y situaciones, e involucran a la familia cuando es adecuado o necesario.

Elementos Medibles de AOP.1.7

1. El establecimiento identifica a aquellas poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se particulariza el proceso de evaluación inicial.
2. Al menos las siguientes poblaciones obtienen evaluaciones personalizadas:
 - a) pacientes pediátricos,
 - b) adultos mayores,
 - c) enfermos terminales,
 - d) mujeres embarazadas,
 - e) pacientes con sobrepeso u obesidad,
 - f) pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
 - g) pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
 - h) víctimas de abuso y negligencia, y
 - i) víctimas de violencia familiar.

Estándar AOP.1.8

La evaluación inicial permite identificar a los pacientes en quienes es necesario realizar evaluaciones especializadas adicionales.

Propósito de AOP.1.8

La evaluación inicial incluye **criterios** que permiten identificar a los pacientes que requieren **evaluaciones especializadas adicionales**, por ejemplo odontológicas, auditivas, del lenguaje, entre otras. Los criterios se adecuan a las características de la población de pacientes atendidos en el hospital. El establecimiento deriva al paciente, dentro o fuera de la organización, para que dichas evaluaciones le sean realizadas.

Elementos Medibles de AOP.1.8

1. **Se cuenta con criterios que ayudan a identificar si el paciente necesita evaluaciones especializadas adicionales.** 📄
2. **Como parte de la evaluación inicial se evalúan estos criterios.**
3. Cuando se identifica la necesidad de realizar evaluaciones especializadas adicionales se deriva a los pacientes, dentro o fuera del establecimiento.
4. Las valoraciones especializadas se documentan en el expediente clínico del paciente.


Estándar AOP.1.8.1

La evaluación inicial identifica aquellos pacientes en quienes es crítico planificar el alta de manera temprana.

Propósito de AOP.1.8.1

La continuidad de la atención requiere una preparación especial, por ejemplo la planificación del alta. Durante la evaluación inicial se identifican aquellos pacientes quienes necesitarán requerimientos especiales a su egreso. El establecimiento elabora un mecanismo, como una lista de criterios, para identificar aquellos pacientes en quienes la planificación del alta es crítica, ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades de atención médica o de enfermería continuas, asistencia con las actividades de la vida diaria, etc. Como los arreglos para el alta pueden demorar un poco, los procesos de evaluación y planeación se inician tan pronto como sea posible después de la admisión del paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.8.1

1. Existe una lista de criterios para identificar, como parte de la valoración inicial, a aquellos pacientes en quienes es crítica la planificación del alta. (Ver ACC.3, AOP.1.4.1). 
2. La planeación del alta para estos pacientes comienza tan pronto como sea posible después de la admisión. (Ver ACC.3, AOP.1.4.1)

Estándar AOP.1.8.2

En todos los pacientes se busca intencionadamente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (de tamizaje), y cuando hay dolor presente son evaluados.

Propósito de AOP.1.8.2

Durante la evaluación inicial y las revaloraciones, el establecimiento identifica a los pacientes que tienen dolor. Cuando se identifica el dolor, se puede tratar al paciente en el establecimiento o derivarlo para que reciba tratamiento. El alcance del tratamiento se basa en el entorno de atención y en los servicios prestados.

Cuando se identifica dolor, se lleva a cabo una valoración más exhaustiva que se adecua a la edad del paciente, la intensidad y las características del dolor (como frecuencia, ubicación y duración). Esta evaluación se registra de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.

Elementos Medibles de AOP.1.8.2

1. En todos los pacientes se evalúa la presencia de dolor como parte de la valoración inicial.
2. Cuando se identifica el dolor, se realiza una evaluación exhaustiva, adecuada a la edad del paciente, que mida la intensidad y las características del dolor, por ejemplo: frecuencia, ubicación y duración del dolor.
3. La evaluación se documenta de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y las necesidades del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar AOP.2**

Se revalora a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al tratamiento y para planear el tratamiento o el alta.

Propósito de AOP.2

La revaloración del paciente por parte de todos los integrantes del equipo de atención es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes son revalorados durante el proceso de atención a intervalos adecuados a sus necesidades y al plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos del establecimiento. Los resultados de estas revaloraciones se documentan en el expediente clínico para el uso del personal que atiende al paciente.

La revaloración realizada por un médico es parte integral de la atención. Los pacientes son evaluados diariamente por un médico, incluso los fines de semana.

La evaluación del médico podrá realizarse con más de un día de intervalo en pacientes psiquiátricos crónicos de acuerdo a la normatividad vigente.

Se llevan a cabo las revaloraciones y los resultados se registran en el expediente clínico del paciente:

- a intervalos regulares durante la atención (por ejemplo: el personal de enfermería registra periódicamente los signos vitales, según sea necesario de acuerdo con el estado del paciente);
- diariamente, por parte de un médico, o en casos o poblaciones especiales según se describa en la política del establecimiento;
- en respuesta a un cambio importante en el estado del paciente;
- si el diagnóstico del paciente cambió; y
- para determinar si los medicamentos y demás tratamientos dieron resultado y se puede transferir o dar de alta al paciente.

Elementos Medibles de AOP.2

1. Se revalora a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento.
2. Se revalora a los pacientes para planificar la continuación del tratamiento o el alta.
3. Los pacientes son revalorados a diario por un médico.
4. Los pacientes que así lo requieran son revalorados con mayor frecuencia de acuerdo a la política. 📄
5. ***Cuando se atiende a pacientes psiquiátricos crónicos, se cuenta con políticas que guían la reevaluación de los pacientes con más de un día de intervalo.*** 📄
6. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar AOP.3

Las evaluaciones y revaloraciones son realizadas por personal calificado.

Propósito de AOP.3

La evaluación y revaloración de los pacientes son procesos críticos que requieren una educación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales. Por consiguiente, para cada tipo de evaluación, se identifica al personal calificado y se definen sus responsabilidades por escrito en el perfil/descripción del puesto o en los privilegios otorgados (*Ver SQE.1.1 y SQE.10*) En particular, se identifica al personal calificado para llevar a cabo evaluaciones de urgencia. Cada disciplina realizará su evaluación, dentro del contexto de leyes, reglamentos y normatividad correspondientes.

Elementos Medibles de AOP.3

1. El establecimiento identifica al personal calificado para realizar las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes.
2. Sólo realizan evaluaciones aquellas personas autorizadas mediante la reglamentación y normatividad vigente.
3. Las evaluaciones de urgencia son realizadas por personal calificado.
4. Las evaluaciones de enfermería son realizadas por personal calificado.
5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito. 📄

Estándar AOP.4

El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Estándar AOP.4.1

Se identifican las necesidades de atención más urgentes.

Propósito de AOP.4 y AOP.4.1

Un paciente puede ser sometido a varios tipos de evaluaciones fuera y dentro del establecimiento en diferentes departamentos y servicios. Esta información, resultados de exámenes u otros datos deben integrarse al expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaja en equipo para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integra esta información para componer un panorama multidisciplinario del estado de salud del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación para la atención. *(Ver COP.2)*

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso multidisciplinario de atención es sencillo e informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas puede ser recomendable hacer reuniones formales del equipo de atención, reuniones con el paciente y sesiones clínicas.

El paciente y su familia se incluirán debidamente en el proceso de decisión.

AOP.4 El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Elementos Medibles de AOP.4

1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente.
2. En el proceso participan todos los responsables de la atención del paciente.

AOP.4.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes.

Elementos Medibles de AOP.4.1

1. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la valoración.
2. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados de la evaluación y sobre cualquier diagnóstico confirmado, cuando corresponda.
3. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planificados, y ellos participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.

SAD

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

PERSPECTIVA GENERAL

Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico son una base fundamental para un proceso efectivo de evaluación de los pacientes, por lo tanto es necesario que funcionen bajo criterios de calidad y seguridad que permitan responder con precisión y oportunidad a las necesidades médicas de los pacientes y los requerimientos del personal clínico.

La evaluación del paciente requiere el análisis de la información clínica, incluidos los resultados de los estudios de laboratorio y las pruebas de diagnóstico por imagen, para ayudar a identificar sus necesidades de atención médica.

Estos estudios se realizan con la finalidad de proporcionar información para el diagnóstico, prevención, tratamiento de enfermedades o para la evaluación de la salud del paciente.

Los servicios auxiliares de diagnóstico tales como el de laboratorio clínico y el servicio de imagenología, se emplean para proporcionar información relevante de la evaluación del paciente. Requieren que se controlen los procesos pre-examen, actividades de análisis y actividades post-examen, así como el reporte de resultados.

Para garantizar los resultados proporcionados, se deben verificar los equipos empleados en los análisis, la seguridad del entorno y el empleo de procesos de control de calidad internos y externos; haciendo énfasis en los resultados de los análisis cuando éstos se encuentren en intervalos de alerta o críticos.

SERVICIOS DE LABORATORIO

Estándar SAD.1

Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

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 los estándares, leyes, reglamentos y normas locales y nacionales.

Los servicios de laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año para atender los requerimientos del servicio de urgencias.

Cuando se utiliza en servicios subrogados o bajo convenio, el hospital se asegura de que:

- a) Sean accesibles para el paciente
- b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
- c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Para lo anterior, la organización evalúa constantemente la calidad de estos servicios (Ver GLD.3.3)

Elementos Medibles de SAD.1

1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades.
3. Hay servicios de laboratorio para casos de urgencia.
4. Los servicios subrogados de laboratorio o bajo convenio cumplen con los siguientes requisitos:
 - a) Sean accesibles para el paciente
 - b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
 - c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Estándar SAD.1.1

Hay un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado, que se sigue y se documenta.

Propósito de SAD.1.1

Los Servicios de Laboratorio cuentan con un programa de seguridad acorde a los riesgos y peligros que se encuentran en ellos. El Programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS).

El programa de seguridad en el laboratorio incluye:

- a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares y reglamentaciones correspondientes;
- b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
- c) disponibilidad de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
- d) la orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad; y
- e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Existe un programa de seguridad en el Laboratorio adecuado para los riesgos y peligros existentes, que incluye al menos:
 - a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares y reglamentaciones correspondientes;
 - b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
 - c) disponibilidad de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
 - d) la orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad; y
 - e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
2. El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones.
3. **Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.**
4. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a las políticas y procedimientos.
5. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
6. El personal de los Servicios de Laboratorio tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
7. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe educación 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 están a cargo de personal con la capacitación, destrezas, orientación y experiencia adecuadas.

Propósito de SAD.1.2

El establecimiento identifica qué miembros del personal de los Servicios de Laboratorio realizan los análisis y quienes los dirigen y/o los supervisan, dicha información se plasma en el perfil del puesto (Ver SQE.1.1). 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 urgencias.

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 el personal debidamente capacitado y experimentado.
3. Los análisis son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado.
4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
5. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar SAD.1.3**

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio están disponibles en forma oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Propósito de SAD.1.3

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de Laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Los resultados de los análisis urgentes, como por ejemplo de los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control.

Además, cuando los servicios de Laboratorio son subrogados (Ver GLD.3.3), los informes también deberán ser puntuales, tal como lo establece la política del establecimiento o el contrato.

Elementos Medibles de SAD.1.3

1. El establecimiento ha definido el tiempo esperado para los resultados. 📄
2. Se controla la puntualidad del informe de los análisis urgentes.
3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. **Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: rangos o parámetro de referencia, datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.(SAD.1.3.1)**

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar SAD.1.3.1

Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

Propósito de SAD.1.3.1

Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos identificadores seleccionados por el establecimiento (Ver MISP.1).

Cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo cuando se obtienen resultados fuera de rango o en pacientes críticos, se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, leer y confirmar.

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. **Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos identificadores establecidos por la organización. (Ver MISP.1)**
2. **Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar. (Ver MISP.2)**

Estándar SAD.1.4

Todo el equipo usado para análisis en los Servicios de Laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Propósito de SAD.1.4

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.


Un programa de administración de equipo de los Servicios de Laboratorio incluye:

- la selección y adquisición de equipo;
- la identificación y realización de inventario del equipo;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas; y
- la documentación del programa de administración.

El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS.1, FMS.8)

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. Existe un programa de administración de equipo de los Servicios de Laboratorio, que está implementado. (Ver FMS.8, EM 1) 
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo.
4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo.
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo.
6. El programa incluye el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas. Todas las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo se documentan debidamente.

Estándar SAD.1.5

Habitualmente hay disponibles reactivos esenciales y demás suministros.

Propósito de SAD.1.5

El establecimiento ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular los servicios de laboratorio a sus pacientes. Existe un proceso efectivo 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. Hay políticas escritas que aseguran el etiquetado completo y preciso de los reactivos y las soluciones. (Ver FMS.5)

Elementos Medibles de SAD.1.5

1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según las políticas.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa, según las políticas.

Estándar SAD.1.6

Se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.





Propósito de SAD.1.6

Hay procedimientos elaborados e implementados para

- solicitar análisis;
- recolectar e identificar muestras;
- transportar, almacenar y preservar muestras; y
- recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procedimientos también se cumplen en el caso de muestras enviadas a servicios subrogados para ser analizadas.

Elementos Medibles de SAD.1.6

1. Existen procedimientos que guían la solicitud de análisis. 
2. Existen procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras. 
3. Existen procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras. 
4. Existen procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras. 
5. Los procedimientos están implementados.
6. Se supervisan los procedimientos cuando se emplean servicios subrogados.

Estándar SAD.1.7

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan normas y rangos establecidos.

Propósito de SAD.1.7

El laboratorio propio o subrogado establece 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. El laboratorio estableció rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.
2. El rango se incluye en el informe de resultados del análisis realizado y éste se integra al expediente clínico.
3. Los rangos se adecuan a la geografía y situación demográfica del establecimiento.
4. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

Estándar SAD.1.8

Existe un profesional calificado como responsable de administrar los Servicios de Laboratorio, sean propios o subrogados.

Propósito de SAD.1.8

Los servicios de laboratorio se encuentran bajo la dirección de un profesional calificado de conformidad con las leyes y reglamentaciones correspondientes, esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones y de los servicios que se prestan dentro y fuera del laboratorio, por ejemplo: los análisis realizados en la cama del paciente (análisis en el lugar de la atención). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio incluye garantizar políticas y prácticas consistentes con las del establecimiento, como capacitación, administración de suministros, etc. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento en el que se realiza el análisis.

Los Servicios de especialidades y subespecialidades de laboratorios clínicos se encuentran bajo la dirección de personal calificado.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

- la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad;
- la recomendación de subrogar servicios de laboratorio de laboratorio; y
- el control y la revisión de laboratorio.

Elementos Medibles de SAD.1.8

1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado como responsable de llevar a cabo las funciones identificadas en el propósito.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios del laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento. (Ver GLD.3.3, EM 3)

Estándar SAD.1.9

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Estándar SAD.1.9.1

Existe un proceso para los ensayos de aptitud (Control de calidad externo).

Propósito de SAD.1.9 y SAD.1.9.1

Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios laboratorio clínico.

El control de calidad incluye:

- a) la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;
- b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio;
- c) la aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
- d) la prueba de los reactivos (*Ver SAD.1.5*); y
- e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Los ensayos de aptitud determinan 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 ensayos de aptitud, 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 ensayo de aptitud, o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los laboratorios de especialidades cuando estén disponibles (por ejemplo, toxicología, citogenética, inmunogenética, biología molecular, etc.).

SAD.1.9 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.**Elementos Medibles de SAD.1.9**

1. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
 - a) la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;
 - b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio;
 - c) una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
 - d) la prueba de los reactivos;
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

SAD.1.9.1 Existe un proceso para los ensayos de aptitud.**Elementos Medibles de SAD.1.9.1**

1. El laboratorio participa en un programa de ensayo de aptitud, o en un programa alternativo.
2. Se lleva un registro del programa.

Estándar SAD.1.10

El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todos los servicios subrogados de laboratorio.

Propósito de SAD.1.10

Cuando el establecimiento emplea servicios subrogados de laboratorio, recibe y revisa periódicamente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Los resultados de control de calidad los revisa personal calificado.

Elementos Medibles de SAD.1.10

1. Los resultados de control de calidad de servicios subrogados de laboratorio se revisan periódicamente.
2. Los resultados de control de calidad son revisados por personal calificado.

Estándar SAD.1.11

El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Propósito de SAD.1.11

La organización es capaz de identificar, realizar una lista y contactar a los expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario. Se cuenta con un listado de los expertos.

Elementos Medibles de SAD.1.11

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Estándar SAD.2

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Estándar SAD.2.1

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante servicios subrogados.

Propósito de SAD.2 y SAD.2.1

El establecimiento cuenta servicios de radiología y de diagnóstico por 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.

Los servicios subrogados de radiología y de diagnóstico por imagen:

- a) Sean accesibles para el paciente
- b) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
- c) Cumplen con la normativa correspondiente.

Para lo anterior, la organización evalúa constantemente la calidad de estos servicios (Ver GLD.3.3)

SAD.2 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Elementos Medibles de SAD.2

1. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de radiología y de diagnóstico para casos de urgencia.
3. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.

SAD.2.1 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante convenios con servicios subrogados.

Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Los servicios subrogados o bajo convenio de radiología y diagnóstico por imagen cumplen con los siguientes requisitos:
 - d) Sean accesibles para el paciente
 - e) Su selección se base en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
 - f) Cumplen con la normativa correspondiente.
2. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico y los servicios subrogados de radiología y de diagnóstico por imagen.

Estándar SAD.2.2

Hay un programa de seguridad radiológica implementado, que se sigue y se documenta.

Propósito de SAD.2.2

El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco. El programa de seguridad radiológica es consistente con los riesgos y peligros identificados. El programa se ocupa de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes.

El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS).

El programa de seguridad radiológica incluye:

- a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes;
- b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
- c) disponibilidad y uso de equipo de protección personal;
- d) la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad y protección; y
- e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

Elementos Medibles de SAD.2.2

1. El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica, que incluye al menos lo siguiente:
 - a) políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento de los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes;
 - b) políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
 - c) disponibilidad y uso de equipo de protección personal;
 - d) la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad y protección; y
 - e) la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.
2. El programa se coordina junto con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones.
3. La manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a las políticas y procedimientos.
4. El equipo de protección personal se usa sistemáticamente.
5. El personal de radiología y diagnóstico por imagen tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. El personal de radiología y diagnóstico por imagen recibe educación sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos.
7. *Se cumple el programa de seguridad radiológica en los servicios subrogados.*

Estándar SAD.2.2.1

Hay un programa implementado de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen

Propósito de SAD.2.2.1

El establecimiento cuenta con un programa de seguridad de paciente en los servicios de radiología e imagen que se coordina con el plan o programa de calidad y seguridad de los paciente, y que incluye al menos los siguientes puntos:

- a) La vinculación con las metas internacionales de seguridad del paciente, principalmente con la identificación y prevención del riesgo de caídas. (Ver SAD.2.4.1)
- b) El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
- c) La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

El programa se coordina con el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente (Ver QPS).

Elementos Medibles de SAD.2.2.1

1. *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.* 📄
2. *El programa se vincula con las metas internacionales de seguridad del paciente.*
3. *El programa incluye el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.*
4. *El programa incluye la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.*
5. *El programa se cumple en los servicios subrogados.*

Estándar SAD.2.3

La realización de los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal con la capacitación, destrezas, orientación y experiencia adecuadas.

Propósito de SAD.2.3

El establecimiento identifica qué personal de radiología y diagnóstico por imagen realizan los estudios, interpretan los resultados o verifican e informan los resultados, así como los que dirigen o supervisan los procesos. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y destrezas y con orientación en lo que se refiere a su trabajo. El personal técnico realiza tareas que concuerdan con su capacitación y experiencia. El establecimiento cuenta con suficiente personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar servicios todas las horas de funcionamiento, incluyendo las urgencias.

Elementos Medibles de SAD.2.3

1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.
2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen están a cargo de personal debidamente capacitado y experimentado.
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado.
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 INDISPENSABLE**Estándar SAD.2.4**

Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Propósito de SAD.2.4

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen de acuerdo con las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico, incluidos los estudios solicitados en casos de urgencia. Los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control. Los estudios de radiología y diagnóstico por imagen realizados por servicios subrogados, se informan de conformidad con la política del establecimiento o los requisitos del contrato.

Elementos Medibles de SAD.2.4

1. El establecimiento 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 y diagnóstico por imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.

4. *Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por 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 INDISPENSABLE

Estándar SAD.2.4.1

Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

Propósito de SAD.2.4.1

Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos identificadores seleccionados por el establecimiento (Ver MISP.1).

Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica se asegura la precisión de ésta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, leer y confirmar.

Elementos Medibles de SAD.4.1

1. *Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se reportan por escrito utilizando los dos identificadores establecidos por la organización. (Ver MISP.1)*
2. *Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar. (Ver MISP.2)*

Estándar SAD.2.5

Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Propósito de SAD.2.5

El personal de radiología y diagnóstico por imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura.


Un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen se ocupa de:

- la selección y adquisición de equipo;
- identificación del equipo e inventario;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- el control y toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben informarse; y
- la documentación del programa de administración.

El programa se coordina con el plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones (Ver FMS.1, FMS.8)

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo y su historia de servicio documentada. (Ver FMS.7)

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. El establecimiento ha implementado un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen. (Ver FMS.8, EM 1) 
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo. (Ver FMS.8, EM 2)
4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo. (Ver FMS.8, EM 3)
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo. (Ver FMS.8, EM 4)
6. El programa incluye el control y seguimiento. (Ver FMS.8, EM 5)
7. Se documentan los resultados de todas las pruebas, mantenimiento y calibración del equipo. (Ver FMS.8.1)

Estándar SAD.2.6**Habitualmente hay disponibles películas para radiografías y demás suministros.****Propósito de SAD.2.6**

El establecimiento ha identificado las películas, los reactivos y los suministros necesarios para proporcionar servicios de radiología y diagnóstico por imagen a sus pacientes. Se encuentra implementado un proceso para asegurar la provisión de películas, reactivos y demás suministros. Todos los suministros se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos Medibles de SAD.2.6

1. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están identificados.
2. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los suministros se guardan y se dispensan según lo establecido.
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
5. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.

Estándar SAD.2.7**Existe un profesional calificado como responsable, de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes, para gestionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.****Propósito de SAD.2.7**

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional calificado de acuerdo a la capacitación, competencia y experiencia documentadas, de conformidad con las leyes y reglamentaciones correspondientes. Dicho personal asume la responsabilidad de las instalaciones de radiología, diagnóstico por imagen y de los servicios proporcionados. Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo (*NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X*). Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del jefe del servicio de radiología y diagnóstico por imagen incluyen:

- la elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad;
- la recomendación de servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen; y
- el control y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Elementos Medibles de SAD.2.7

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con las leyes, reglamentaciones y normas aplicables.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el diseño, implementación y seguimiento del programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen. (*Ver GLD.3.3*)
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, sean propios o subrogados. (*Ver GLD.3.3*)
7. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

Estándar SAD.2.8

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Propósito de SAD.2.8

Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios de radiología e imagen.

El control de calidad incluye:

- a) la validación de los métodos de análisis prueba;
- b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado;
- c) la aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
- d) la prueba de los reactivos, cuando corresponde y
- e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos Medibles de SAD.2.8

4. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
 - a) la validación de los métodos de prueba;
 - b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado;
 - c) una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
 - d) la prueba de los reactivos, cuando corresponde y;
5. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
6. Se documentan las medidas correctivas aplicadas

Estándar SAD.2.9

El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todos los servicios subrogados de diagnóstico y diagnóstico por imagen.

Propósito de SAD.2.9

Cuando el establecimiento emplea servicios subrogados de radiología y diagnóstico por imagen, personal calificado recibe y revisa regularmente los resultados de control de calidad. Cuando el control de calidad de los servicios subrogados es difícil de obtener, el director o el responsable cuenta con otro mecanismo de supervisión de la calidad.

Elementos Medibles de SAD.2.9

1. Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de diagnóstico se revisan periódicamente.
2. Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado. (Ver GLD.3.3)

Estándar SAD.2.10

El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

Propósito de SAD.2.10

El establecimiento puede identificar, cuenta con una lista y se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, cuando es necesario. El establecimiento cuenta con una lista de expertos.

Elementos Medibles

1. El establecimiento conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

COP

ATENCIÓN DE PACIENTES
Care of Patients

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

PERSPECTIVA GENERAL

El principal propósito de un establecimiento de atención médica es la atención del paciente. Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente requiere un alto nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades son básicas para la atención del paciente, estas incluyen:

- planificación y cuidados a cada paciente,
- control del paciente para entender los resultados de la atención,
- modificación de la atención cuando sea necesario,
- finalización de la atención; y
- planificación del seguimiento.

Los médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otros profesionales de la salud pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente, el cual es determinado por las habilitaciones, competencias, certificaciones, leyes y reglamentaciones, aptitudes, conocimientos y experiencia particulares de cada persona, así como por las políticas o descripciones de puestos del establecimiento. El paciente, su familia u otros profesionales capacitados pueden encargarse de ciertos tipos de atención.

Los estándares de Atención de Pacientes (COP) describen las bases para la prestación de atención: un plan para cada paciente basado en la evaluación de sus necesidades. La atención puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación, y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. La prestación de los servicios debe estar coordinada e integrada por todas las personas que atienden al paciente.

ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

Estándar COP.1

Las políticas, procedimientos, leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.

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 todo el establecimiento. 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. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

Las políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones correspondientes.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

- a) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, (por ejemplo a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio, o pago en efectivo).
- b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por personal calificado, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
- d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.
- e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en todo el establecimiento.

La atención uniforme de los pacientes da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite la evaluación de los servicios con el mismo tipo de atención a través de toda la organización; por ejemplo, se podrán observar los mismos cuidados de un paciente adulto mayor en urgencias, quirófano y hospitalización o los mismos estándares de atención para un paciente pediátrico o adulto que se le administrará sangre o hemoderivados.

Elementos Medibles de COP.1

1. Los directores del establecimiento colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes.
2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.
3. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los siguientes requisitos:
 - a) El acceso y la idoneidad de la atención y del tratamiento no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago (por ejemplo, a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio o pago en efectivo).
 - b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por personal calificado, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
 - c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
 - d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo el establecimiento.
 - e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en todo el establecimiento.

Estándar COP.2**Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.****Propósito de COP.2**

El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a varios profesionales de la salud, y puede involucrar múltiples áreas, departamentos y servicios del establecimiento.

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, por ejemplo, atención con equipos multidisciplinarios. (Ver AOP.4)

El expediente clínico facilita y refleja la integración y la coordinación de la atención. En particular, en el expediente clínico se documentan observaciones, tratamientos y conclusiones de las sesiones multidisciplinarias o discusiones similares para la atención del paciente.

Elementos Medibles de COP.2

1. La planificación 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**La atención prestada a cada paciente se planea y documenta en el expediente clínico del paciente.****Propósito de COP.2.1**

Los procesos de atención al paciente se planean cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. El proceso de planeación utiliza los datos de la evaluación inicial y de revaloraciones periódicas, para identificar y priorizar los tratamientos, procedimientos, atención de enfermería y demás tipos de atención para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y la familia participan en el proceso de planeación. El plan se documenta en el expediente clínico.

El plan de atención se elabora dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente. Se actualiza el plan basándose en las revaloraciones realizadas por todos los profesionales de la atención que participan en la atención del paciente, a fin de reflejar la condición del paciente.

La atención planeada debe estar relacionada con las necesidades del paciente. Dichas necesidades 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 (por ejemplo, pérdida del conocimiento). Los cambios se anotan en el expediente a modo de comentarios del plan inicial o pueden resultar en un nuevo plan.

Nota: es preferible que haya un único plan integrado al expediente clínico de cada paciente en vez de que cada profesional incluya un plan de atención por separado. El plan de atención para cada paciente también debe reflejar metas de atención, personalizadas, objetivas y realistas, a fin de facilitar las reevaluaciones y la revisión del plan de atención.

Elementos Medibles de COP.2.1

1. El médico responsable, junto con la enfermera y los demás profesionales de la salud, planean la atención de cada paciente dentro de las 24 horas posteriores su ingreso.
2. La atención planeada está personalizada y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente.
3. El plan se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en la revaloración del paciente que realizan los prestadores de atención.
4. La atención planeada para cada paciente se anota en el expediente clínico del paciente.
5. Se presta la atención planeada.
6. El profesional que brinda la atención anotará la atención prestada a cada paciente en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.2.2**

Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes/indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran al expediente clínico, en un lugar uniforme.

Propósito de COP.2.2

Las actividades de atención al paciente incluyen órdenes/indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal calificado será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas órdenes/indicaciones deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna. (Ver MMU.4 y MMU.4.1)

La ubicación de las órdenes/indicaciones en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo. Las órdenes/indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo.

Las órdenes/indicaciones pueden estar escritas en una hoja que se anexa 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 política establece:

- a) toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos;
- b) quién está autorizado a emitir órdenes;
- c) dónde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico; y
- d) qué tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explícita para su realización.

Elementos Medibles de COP.2.2

1. Se cuenta con una política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente, la cual incluye establece:
 - a) toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos;
 - b) quién está autorizado a emitir órdenes;
 - c) dónde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico; y
 - d) qué tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explícita para su realización.
2. Las órdenes/indicaciones cumplen la política del establecimiento.
3. Todas las órdenes/indicaciones para exámenes de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico incluyen una indicación/justificación clínica cuando sea necesario para su interpretación.
4. Sólo emiten órdenes/indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.
5. Las órdenes/indicaciones se encuentran en un lugar uniforme dentro de los expedientes clínicos.

Estándar COP.2.3

Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Propósito de COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y demás procedimientos realizados, junto con sus resultados, se anotan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopías, cateterismos cardíacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivo y no invasivos. (Ver ASC.7.2, EM 2 y COP.2.1, EM 6)

Elementos Medibles de COP.2.3

1. Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.
2. Los resultados de los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Estándar COP.2.4

Se informa a los pacientes y sus familiares acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Propósito de COP.2.4

El proceso de atención y tratamiento es un ciclo constante de evaluaciones, revaloraciones, planificación, prestación de atención y evaluación de resultados. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados del proceso de evaluación; así como, sobre la atención y el tratamiento planificados. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo es preciso que estén informados de los resultados de la atención y del tratamiento. Esto incluye que sean informados sobre cualquier resultado imprevisto de la atención. (Ver PFR.2.1.1)

Elementos Medibles de COP.2.4

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento.
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca de cualquier resultado imprevisto de su atención y tratamiento.

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

COP.3 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.

Propósito de COP.3

Los establecimientos de atención médica atienden una variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención médica. Algunos pacientes son considerados de alto riesgo debido a su edad, estado de salud o naturaleza crítica de sus necesidades; por ejemplo, los niños y adultos mayores con frecuencia no pueden expresarse por sí mismos, no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención. En forma similar, los pacientes en situación de urgencia o en terapia intensiva se encuentran temerosos, confundidos o comatosos y son incapaces de entender el proceso de atención cuando es preciso prestar la atención en forma eficiente y rápida.

Los establecimientos de atención médica también prestan diferentes servicios, algunos de los cuales son considerados de alto riesgo debido al equipo necesario para tratar una situación que amenaza la vida (pacientes de diálisis), la naturaleza del tratamiento (uso de sangre y hemoderivados), el potencial de daño al paciente (sujeción) o los efectos tóxicos de determinados medicamentos de alto riesgo (quimioterapia).

Las políticas y procedimientos son herramientas importantes para que el personal comprenda a estos pacientes y servicios, para brindar una atención especial como pacientes de alto riesgo y para responder de manera competente y uniforme. Los líderes son responsables de:

- identificar a los pacientes y servicios considerados de alto riesgo en el establecimiento;
- emplear un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos relevantes; y
- capacitar al personal para la implementación de las políticas y procedimientos.

Se incluyen en el proceso a los pacientes y servicios identificados en COP.3.1 hasta COP.3.9, siempre que estén presentes en el establecimiento. **Se incluyen pacientes y servicios adicionales cuando están representados en la población de pacientes y en los servicios del establecimiento.**

Es probable que los establecimientos deseen identificar los riesgos colaterales como resultado de cualquier procedimiento o plan de atención (por ejemplo, la necesidad de prevenir una trombosis venosa profunda y úlceras por presión). Tales riesgos, cuando están presentes, se pueden prevenir educando al personal y elaborando políticas y procedimientos adecuados.

Elementos Medibles de COP.3

1. Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo. 📄
2. Los líderes emplean un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos para los pacientes y servicios de alto riesgo.
3. El personal recibió capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.1**

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.2**

Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.3**

Las políticas y los procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se administra sangre y/o hemoderivados.

Estándar COP.3.4

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital. (Ver PFR.1.5)

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.5**

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.6**

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes que dializados en el establecimiento (*diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas*).

Estándar COP.3.7

Las políticas y procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos de atención.

Estándar COP.3.8

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes adultos mayores, los pacientes con discapacidad y pacientes pediátricos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar COP.3.9**

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.

Propósito de COP.3.1 hasta COP.3.9

Las políticas y procedimientos deben hacerse a la medida de la población de pacientes en riesgo o del servicio de alto riesgo a fin de ser efectivos y adecuados en la reducción del riesgo relacionado.

Es particularmente importante que las políticas y procedimientos identifiquen:

- la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
- la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
- los requisitos de monitorización del paciente;
- las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías clínicas, rutas clínicas y protocolos de atención suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos, y pueden incorporarse a ellas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.

Elementos Medibles de COP.3.1

- Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en situación de urgencia. 📄
- Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.2 Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

Elementos Medibles de COP.3.2

- Hay políticas y procedimientos que guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento. 📄
- La reanimación se lleva a cabo conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.3 Las políticas y los procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se administra sangre y/o hemoderivados.

Elementos Medibles de COP.3.3

- Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados. 📄
- Las políticas y procedimientos priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.** 📄
- 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.** 📄
- La sangre y los hemoderivados se administran conforme a las políticas y procedimientos.

COP.3.4 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital. (Ver PFR.1.5)



Elementos Medibles de COP.3.4

- Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes comatosos. 📄
- Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en soporte vital. 📄
- Los pacientes comatosos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
- Los pacientes en soporte vital reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.5 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos.


Elementos Medibles de COP.3.5

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas. 
2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes inmunodeprimidos. 
3. Los pacientes inmunodeprimidos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
4. Los con enfermedades contagiosas reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE


COP.3.6 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes que dializados en el establecimiento (diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas).

Elementos Medibles de COP.3.6

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados. 
2. Los pacientes dializados reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.




COP.3.7 Las políticas y procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos de atención.

Elementos Medibles de 3.7

1. Hay políticas y procedimientos que guían el empleo de la sujeción. 
2. Los pacientes con sujeción reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

COP.3.8 Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes adultos mayores, los pacientes con discapacidad y pacientes pediátricos.


Elementos Medibles de COP.3.8

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores. 
2. Los pacientes adultos mayores reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con discapacidad. 
4. Los pacientes con discapacidad reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
5. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes pediátricos. 
6. Los pacientes pediátricos reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.3.9 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.

Elementos Medibles de COP.3.9

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo. 
2. Los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Estándar COP.4

Los alimentos se brindan a los pacientes acorde con su atención clínica y son adecuados a su edad, preferencias culturales y alimenticias.

Propósito de COP.4

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, éstas deben estar disponibles de manera regular. El paciente participa en la planificación y selección de alimentos, y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Basándose en las necesidades evaluadas y en el plan de atención del paciente, el médico u otro profesional calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.

Cuando la familia u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado a interacciones con alimentos. Cuando sea posible, se ofrecerá a los pacientes una variedad de opciones de alimentos de acuerdo con su estado nutricional.

Todos los pacientes son identificados al momento de la dotación de alimentos, con los dos datos de identificación (identificadores) seleccionados por la organización con el propósito de prevenir errores con dietas equivocadas.

Elementos Medibles de COP.4

1. Los alimentos o la nutrición adecuadas para el paciente están regularmente disponibles.
2. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
3. La indicación se basa en el estado y las necesidades nutricionales del paciente.
4. Los pacientes cuentan con una variedad de opciones de alimentos, según su estado y atención.
5. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.
6. **Existe un proceso para identificar errores en la indicación de alimentación.**

Estándar COP.4.1

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos son seguros y cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas vigentes y aceptadas.

Propósito de COP.4.1

La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad y el cumplimiento con las leyes, reglamentaciones y prácticas vigentes y aceptadas. Las prácticas de preparación y almacenamiento de alimentos disminuyen el riesgo de contaminación y putrefacción. Los alimentos se distribuyen a los pacientes en horarios específicos. Hay alimentos y productos nutricionales disponibles, incluidos productos de nutrición enteral, para cubrir las necesidades especiales del paciente.

Elementos Medibles de COP.4.1

1. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
2. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
3. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
4. La distribución de alimentos es puntual, y se cumplen las solicitudes especiales.
5. La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se controlan para garantizar la seguridad y el cumplimiento de las leyes, reglamentaciones y prácticas aceptables.

6. *Se identifica a los pacientes con los dos identificadores establecidos por la organización al momento de la dotación de alimentos. (Ver MISP.1)*
7. *Existe un proceso para identificar errores en la distribución de dietas. (Ver MISP.1, COP.4)*

Estándar COP.5

Los pacientes con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.

Propósito de COP.5

En la evaluación inicial, se identifica a los pacientes con riesgo nutricional, de acuerdo a los criterios establecidos por la organización. Estos pacientes son valorados o interconsultados posteriormente por un nutriólogo para realizarles una evaluación exhaustiva. Cuando se determina que un paciente tiene un riesgo nutricional, se establece un plan de soporte nutricional. Se controla la evolución del paciente y se deja constancia de la misma en su expediente. Los médicos, el personal de enfermería, los nutriólogos y, cuando correspondiera, la familia del paciente, colaboran en la planificación y la administración de terapia nutricional. (Ver AOP.1.6)

Elementos Medibles de COP.5

1. Los pacientes con riesgo nutricional reciben soporte nutricional.
2. Se emplea un proceso de colaboración para planificar, administrar y controlar el estado nutricional del paciente con riesgo nutricional.
3. Se controla la respuesta del paciente al soporte nutricional.
4. Se deja constancia de la respuesta del paciente al plan de soporte nutricional en su expediente.

MANEJO DEL DOLOR

Los pacientes que padecen dolor, así como sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades. Es posible que los pacientes padezcan dolor asociado con tratamientos o procedimientos tales como dolor postoperatorio, durante una sesión de fisioterapia o asociado con enfermedades crónicas o agudas, así como mujeres en trabajo de parto.

El manejo del dolor tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio, el tipo de servicios prestados y la población de pacientes atendida. El establecimiento elabora procesos para manejar el dolor, los cuales:

- aseguran a los pacientes que su dolor y sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que padecen dolor sean tratados con dignidad y respeto (Ver COP.8.3);
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor; y
- educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor.

Estándares COP.6

Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

Propósito de COP.6

El dolor puede ser habitual en la experiencia del paciente; el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos para evaluar y manejar el dolor en forma adecuada a todos los pacientes, incluidos:

- a) la identificación de pacientes con dolor durante la valoración inicial y las revaloraciones, (Ver AOP.1.8.2);
- b) el manejo del dolor conforme a las políticas del establecimiento;
- c) 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; y
- d) la educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y el manejo del dolor.

Elementos Medibles de COP.6

1. A todos los pacientes se les evalúa el dolor desde su evaluación inicial y se reevalúa de acuerdo a la política del establecimiento.
2. Existe una política que guía el manejo del dolor en toda la organización y que incluye al menos lo siguiente:
 - a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
 - b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
 - c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
 - d) los requisitos de control del paciente;
 - e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
 - f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.
3. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a la política.
4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos de comunicación y educación de pacientes y familiares respecto al dolor.
5. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento capacita al personal acerca de la evaluación y manejo del dolor.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

Los pacientes que se acercan al final de su vida, así como sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades. Es posible que los pacientes en etapa terminal también experimenten otros síntomas relacionados con la evolución de la enfermedad o con los tratamientos de curación, o que necesiten ayuda para lidiar con los problemas psicosociales, espirituales y culturales asociados con la muerte. Las familias y las personas que acompañan al paciente en esta etapa pueden necesitar un descanso o ayuda para sobrellevar la pena y la pérdida.

El objetivo del establecimiento en la atención de enfermos terminales tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio (como por ejemplo una residencia para enfermos terminales o una unidad de cuidados paliativos), el tipo de servicios prestados y la población de pacientes atendida. El establecimiento elabora procesos para prestar la atención de enfermedades terminales, los cuales:

- aseguran a los pacientes que sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que son enfermos terminales sean tratados con dignidad y respeto;
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor y otros síntomas;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor y demás síntomas; y
- educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor y demás síntomas.

Estándar COP.7

El establecimiento se ocupa de la atención de enfermedades terminales.

Propósito de COP.7

Los pacientes que se encuentran en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes que padecen dolor o que se encuentran al final de su vida. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida. La atención de enfermedades terminales proporcionadas por el establecimiento incluye:

- a) brindar el tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de la familia;
- b) la atención sensible a temas como la autopsia y la donación de órganos;
- c) el respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente (Ver PFR.1.1, EM 1; AOP.1.2);
- d) la participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención; y
- e) una respuesta ante las inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de su familia.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes al final de la vida. (Ver PFR.2.5)

Elementos Medibles de COP.7

1. El personal toma conciencia de las necesidades únicas del paciente hacia el final de su vida.
2. La atención de enfermedades terminales se ocupa de las necesidades de los pacientes y su familia e incluye al menos los siguientes elementos:
 - a) Brindar el tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de la familia.
 - b) La atención sensible a temas como la autopsia y la donación de órganos.
 - c) El respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente.
 - d) La participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención.
 - e) Una respuesta ante las inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de su familia.

Estándar COP.7.1

Según sea adecuado para la atención y los servicios proporcionados, las evaluaciones y revaloraciones del paciente en agonía y su familia se diseñan de tal modo que cubran sus necesidades particulares.

Propósito de COP.7.1

Cuando un paciente se encuentra en el final de su vida, las valoraciones y revaloraciones tienen que ser personalizadas, a fin de atender las necesidades de los pacientes y familiares. Las evaluaciones y revaloraciones contemplan, según corresponda:

- a) los síntomas tales como náuseas y disnea;
- b) los factores que alivian o agravan los síntomas físicos;
- c) el manejo de los síntomas y la respuesta del paciente;
- d) la orientación espiritual del paciente y su familia y, según corresponda, la participación en un grupo religioso;
- e) las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y la familia, tales como desesperación, sufrimiento, culpa o perdón;
- f) el estado psicosocial del paciente y de la familia, como por ejemplo las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad;
- g) la necesidad de servicios de apoyo para que la familia o quien cuida o acompaña al paciente pueda descansar;
- h) la necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos; y
- i) la identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo.

Elementos Medibles de COP.7.1

1. Se evalúa y revalora a los pacientes y sus familiares en búsqueda de los siguientes elementos, según corresponda:
 - a) Los síntomas tales como náuseas y disnea
 - b) Los factores que alivian o agravan los síntomas físicos
 - c) El manejo de los síntomas y la respuesta del paciente
 - d) La orientación espiritual del paciente y su familia y, según corresponda, la participación en un grupo religioso
 - e) Las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y la familia, tales como desesperación, sufrimiento, culpa o perdón
 - f) El estado psicosocial del paciente y de la familia, como por ejemplo las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad
 - g) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia o quien cuida o acompaña al paciente pueda descansar
 - h) La necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos
 - i) La identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo.
2. Los hallazgos de la evaluación guían la atención y los servicios prestados. (Ver AOP.2, EM 2)

Estándar COP.7.2**La atención del paciente en etapa terminal optimiza su comodidad y su dignidad.****Propósito de COP.7.2**

El establecimiento asegura una atención adecuada para aquellos pacientes en etapa terminal, a través de:

- una intervención para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios;
- la prevención de síntomas, en la medida que sea razonablemente posible;
- intervenciones que se ocupen de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y de su familia respecto a la muerte y el duelo;
- intervenciones que se ocupen de las inquietudes religiosas y culturales del paciente y de su familia; y
- la participación del paciente y su familia en las decisiones sobre la atención.

Elementos Medibles COP.7.2

1. Se realizan intervenciones para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios. (Ver PFR.2.4, EM 1)
2. Se previenen los síntomas, en la medida que sea razonablemente posible.
3. Las intervenciones se ocupan de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y su familia respecto a la muerte y el duelo.
4. Las intervenciones se ocupan de las inquietudes religiosas y culturales del paciente y su familia.
5. El paciente y su familia participan en las decisiones sobre la atención. (Véase PFR.2, ME 1 y PFR.2.1, EM 4)

SAUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y PERINATAL**Estándar COP.8****Existen políticas y procedimientos que guían la atención de la salud reproductiva.****Propósito de COP.8**

Es prioridad de todos los establecimientos garantizar la atención en salud reproductiva, este proceso de atención debe permitir la prestación de servicios accesibles, de calidad y seguridad de acuerdo a leyes, políticas, lineamientos y normas vigentes. El establecimiento debe asegurar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, con particular énfasis en la planificación familiar, consejería a la población adolescente y violencia familiar, así como, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.

Elementos Medibles de COP.8

1. **Existen políticas y procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio.** 📄
2. **La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.**
3. **A todas las mujeres en trabajo se les realiza un partograma de manera sistemática y conforme a la normatividad vigente.**
4. **Los recién nacidos, cuando corresponde, reciben el esquema de vacunación.**
5. **A los recién nacidos, cuando corresponde, se les realiza el Tamiz Neonatal.**
6. **Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían la Planificación Familiar.** 📄
7. **Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre la atención a víctimas de violencia familiar.** 📄
8. **Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.** 📄

Estándar COP.8.1

Las políticas y procedimientos guían la interrupción del embarazo en cualquier etapa del mismo conforme a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes (ver COP.3.10).

Propósito de COP.8.1

La cesárea y el legrado uterino instrumentado conllevan un riesgo elevado, por lo que la planeación y la selección del procedimiento deben estar debidamente justificadas basándose en la valoración del estado clínico de la paciente y realizarse previa información de riesgos, beneficios y alternativas.

La justificación de la indicación cesárea o de legrado intrauterino se documenta en el expediente clínico, antes de realizar el procedimiento.

El establecimiento cuenta con un comité multidisciplinario que analiza la tasa de cesárea del establecimiento, su morbilidad y mortalidad asociadas, tanto materna como perinatal, y retroalimenta al personal médico; dicho comité tendrá al menos las siguientes funciones:

- a) Analizar la morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea
- b) Analizar la morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea
- c) Analizar las causas y justificaciones de las Cesáreas de primera vez practicadas (Ver COP.8.1.1)
- d) Auditar la relación de partos-cesáreas por cada médico practicante. (Ver SQE.11)
- e) Retroalimentar al personal médico correspondiente sobre las cesáreas de primera vez.

Elementos Medibles de COP.8.1

1. *El establecimiento ha definido las indicaciones para practicar una cesárea.*
2. *Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.*
3. *El establecimiento ha definido las indicaciones para la realización de legrado uterino instrumentado.*
4. *La indicación y el procedimiento se encuentran documentados en el expediente.*
5. *Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar una cesárea o un legrado (Ver PFR.6.4, ASC.4, ASC.7.1)*
6. *Se cuenta con comité que analiza la tasa de cesárea del establecimiento, su morbilidad y mortalidad asociadas, tanto materna como perinatal, y retroalimenta al personal médico.*

Estándar COP.8.1.1

Se cuenta con un proceso para supervisar y analizar las cesáreas de primera vez.

Propósito de COP.8.1.1

El porcentaje de cesáreas en los hospitales es un indicador de calidad de la atención médica, ya que una cesárea sin indicación precisa aumenta innecesariamente el riesgo de complicaciones tanto en el neonato como en la madre, además de que incrementa de manera importante el costo de un nacimiento.

Con el propósito de disminuir el índice de cesáreas de primera vez se lleva a cabo una supervisión estricta del manejo de la misma, sus causas y justificación, la información otorgada a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y de su futuro ginecobiológico; asimismo se analizan la mortalidad y morbilidad tanto maternas como perinatales que puedan ser causa de una mal manejo de la cesárea de primera vez (Ver COP.8.1).

Elementos Medibles de COP.8.1.1

1. *Antes de realizar una cesárea de primera vez se informa a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y sobre su futuro ginecobiológico.*
2. *En el expediente clínico de la paciente se documenta la justificación para realizar la cesárea de primera vez.*
3. *Se analiza la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal en pacientes a quienes se les realizó una cesárea de primera vez. (Ver COP.8.2 EM 5)*
4. *En hospitales con médicos residentes de ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, un médico especialista supervisa y valida la indicación de realizar una cesárea de primera vez por un médico residente capacitado para realizarlo.*

Estándar COP.8.2

Las políticas y procedimientos guían la atención del trabajo de parto, parto y puerperio de acuerdo a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes.

Propósito de COP.8.2

La atención del trabajo de parto, parto y puerperio es una de las principales causas de atención médica en los hospitales, la mortalidad y morbilidad maternas son indicadores de calidad de los sistemas de salud y son prevenibles, por lo que es indispensable que políticas y procedimientos acordes a la normatividad y reglamentación vigente guíen la atención obstétrica.

Elementos Medibles de COP.8.2

1. ***La atención obstétrica se lleva a cabo de acuerdo a las normatividad vigente.***
2. ***Se informa a las pacientes sobre los procesos y procedimientos quirúrgicos y/o invasivos que se realizarán durante la atención (cesárea, episiotomía, legrado uterino, uso de fórceps, tacto vaginal).***
3. ***La información se otorga antes de efectuar los procedimientos y se explican las razones para efectuarlo.***
4. ***Se encuentran estandarizados los días de internamiento para un puerperio fisiológico y para un puerperio quirúrgico sin complicaciones y se establece en la planificación del alta. (Ver AOP.1.8.1)***
5. ***Existe un grupo colegiado o comité que analice la notificación de casos de muerte materna y perinatal, dé seguimiento puntual a sus recomendaciones y retroalimente las acciones de mejora de la calidad y seguridad.***

Estándar COP.8.3

El establecimiento otorga atención a las pacientes obstétricas y ginecológicas, respetando sus derechos bajo un marco ético definido.

Propósito de COP.8.3

Los derechos de las pacientes obstétricas y ginecológicas deben respetarse en todas las etapas de su proceso de atención, haciendo énfasis en el respeto a su privacidad, al acceso a la información incluyendo la posibilidad de obtener una segunda opinión, de conocer beneficios, riesgos y alternativas de los procedimientos y de la consiguiente aceptación o no de los mismos.

Elementos Medibles de COP.8.3

1. ***Se respeta la privacidad de la mujer durante las exploraciones y valoraciones obstétricas y ginecológicas.***
2. ***Existe un proceso definido para explicar a las pacientes en lenguaje sencillo y comprensible, en qué consisten y cuáles son los propósitos del tacto vaginal, los procedimientos quirúrgicos e invasivos y los cuidados postparto.***
3. ***Se cuenta con un proceso definido para obtener una segunda opinión acerca de la terminación del embarazo, si se requiere o si se solicita, de acuerdo con la normatividad vigente.***
4. ***Se respeta la decisión de la mujer de aceptar o no aceptar algún método anticonceptivo.***
5. ***Se cuenta con políticas y procedimientos que respaldan el respeto de los derechos de las mujeres que reciben atención obstétrica o ginecológica.***

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

COP.8.4 Las políticas guían la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.

Propósito de COP.8.4

Los servicios de obstetricia y ginecología cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Hay servicios de obstetricia y ginecología disponibles fuera del horario habitual de atención.

Las políticas y procedimientos para la atención de emergencias obstétricas y neonatales (Ver ACC.1.1.1, COP.3 y COP.3.1) deben hacerse a la medida del servicio y de la atención proporcionada acorde con la misión e infraestructura del hospital; a fin de ser efectivos con la seguridad del paciente y reducir los riesgos relacionados.

Es particularmente importante que la política identifique:

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención,
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
- d) los requisitos de control de la paciente;
- e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención;
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.
- g) En qué situaciones será necesario referir y trasladar un paciente a otro establecimiento que cuente con la infraestructura necesaria.

Elementos Medibles de COP.8.4

1. *Existe una política que guía la atención de las emergencias obstétricas.* 📄
2. *Existe una política que guía la atención de las urgencias neonatales.* 📄
3. *Estas políticas garantizan el “cero rechazo” en pacientes embarazadas y puérperas.*
4. *Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.*
5. *Se da prioridad en la atención de urgencia y/o se clasifica como emergencia (alto riesgo, riesgo inminente, nivel rojo) a las pacientes que presentan desprendimiento de placenta, parto pretérmino, sepsis puerperal con complicaciones sistémicas, preeclampsia severa, eclampsia y pacientes embarazadas politraumatizadas).*
6. *Existe un procedimiento definido para estabilizar, referir y trasladar a las pacientes con emergencias obstétricas oportunamente a otro establecimiento, cuando no se cuenta con la infraestructura necesaria.*
7. *Se educa a las pacientes embarazadas y puérperas; así como a sus familiares en la identificación de factores de riesgo y signos de alarma con el fin de solicitar atención en forma inmediata en el caso que se presente una urgencia obstétrica.*

MEDICINA COMPLEMENTARIA: ACUPUNTURA

COP.9 *Existen políticas y procedimientos que guían la práctica de acupuntura.*

Propósito de COP.9

En los establecimientos en donde se practique acupuntura, se deberá llevar a cabo de acuerdo a la NOM-172-SSA1-1998, “Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados”.

Elementos Medibles de COP.9

1. *Existen políticas y procedimientos que guían práctica de Acupuntura de acuerdo a las reglamentaciones y normatividad vigente.* 📄
2. *Las políticas y procedimientos incluyen las circunstancias y/o padecimientos en los que la acupuntura únicamente puede ser utilizada como paliativo del dolor en etapa terminal. (Ver COP.6, COP.7.2)*
3. *El médico especialista en acupuntura cuenta con las competencias necesarias según la normatividad vigente.*
4. *El equipo, instrumental, material y demás insumos para la atención de la salud que se utilicen en la práctica de la acupuntura están aprobados mediante protocolos, por la Secretaría de Salud.*

5. *Las agujas de acupuntura, agujas de tres filos, tachuelas y cualquier medio que se introduzca en el cuerpo humano, deberán estar esterilizadas y cada paciente tendrá su propio juego, conservadas en tubo de ensayo o recipiente debidamente rotulado. (ver PCI.7.1)*
6. *La aplicación de acupuntura se registra y documenta en el expediente clínico.*
7. *Se obtiene el consentimiento informado en los pacientes de primera vez y se integra en el expediente clínico. (Ver PFR.6, PFR.6.1, PFR.6.2, PFR.6.4.1)*

PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Estándar COP.10

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Propósito de COP.10

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.. Además cerca del 40% de muertes en nuestro país están relacionadas con la obesidad, diabetes, hipertensión arterial e infarto al miocardio, por lo que es necesario otorgar a los pacientes con sobrepeso y obesidad un tratamiento integral y multidisciplinario en establecimientos que cuenten con la infraestructura necesaria.

El establecimiento debe de contar con políticas y procedimientos que garanticen la atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad y, en caso de que se realice cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad mórbida, se debe contar con médicos capacitados para su realización, así como con políticas y procedimientos que guíen la atención y seguimiento.

Es particularmente importante que las políticas y procedimientos identifiquen:

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1)
- d) los requisitos de monitorización del paciente;
- e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías clínicas, rutas clínicas y protocolos de atención suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos, y pueden incorporarse a ellas.

Elementos Medibles de COP.10

1. *Existen políticas y procedimientos que guían el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con sobrepeso y obesidad.* 📄
2. *Las políticas incluyen el asesoramiento psicológico y nutricional.*
3. *Las políticas y procedimientos incluyen la adopción y/o adaptación de guías y/o vías clínicas para el tratamiento del sobrepeso y obesidad.*
4. *Cuando corresponde, se cuenta con políticas y procedimientos que guían la Cirugía Bariátrica.* 📄
5. *Los pacientes con sobrepeso y obesidad reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.*

ASC

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA
Anesthesia and Surgical Care

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anesthesia and Surgical Care

PERSPECTIVA GENERAL

El empleo de anestesia y sedación; así como, las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de un hospital, por lo cual, requieren una evaluación completa, atención coordinada e integral, control constante del paciente y énfasis en la continuidad de la atención.

Este capítulo no trata sobre el uso de la sedación mínima (ansiolisis), por consiguiente, el empleo del término “anestesia” incluye la sedación moderada y la profunda.

Los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los entornos donde se utilicen anestesia y/o sedación moderada o profunda, al igual que donde se lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos que requieran un consentimiento informado, por ejemplo en: quirófano, unidades de cirugía ambulatoria, clínicas dentales, servicios de urgencia y áreas de cuidados intensivos.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Estándar ASC.1

Los servicios de anestesiología están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen los estándares, leyes, reglamentos y normatividad correspondiente.

Propósito de ASC.1

El establecimiento cuenta con proceso sistemático para proporcionar los servicios de anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda) requeridos por sus pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Los servicios de anestesia, sean propios o subrogados, cumplen los estándares, leyes y reglamentos y normatividad correspondiente. Hay servicios de anestesia disponibles para casos de urgencia.

Toda subrogación de servicios de anestesia se basa en un sus antecedentes, capacidad técnica, un historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ASC.1

1. Los servicios de anestesia, propios o subrogados, cumplen los estándares, leyes reglamentos y normatividad correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de anestesia adecuados para atender las necesidades de los paciente.
3. Hay servicios de anestesia disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. Los Servicios subrogados de Anestesiología se seleccionan basándose en un sus antecedentes, capacidad técnica y un historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Estándar ASC.2


Un médico anesthesiólogo es el responsable de gestionar los servicios de anestesia.

Propósito de ASC.2

Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección de un médico anesthesiólogo de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes. Este profesional asume la responsabilidad de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen:

- la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- la implementación de un programa de control de calidad;
- la recomendación de subrogar servicios; y
- el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección y responsabilidad de un médico anesthesiólogo, de conformidad con las leyes, reglamentos y normatividad vigentes.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad. 
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de subrogar servicios de anestesia.
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.
7. El médico anesthesiólogo lleva a cabo las responsabilidades.

SEDACIÓN Y ANESTESIA**Estándar ASC.3**

Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

Estándar ASC.3.1

El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación presedación.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ASC.3.2**

Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.

Propósito de ASC.3, ASC.3.1 y ASC.3.2

La sedación, en particular la moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando políticas y procedimientos. Entre los elementos importantes a tener en cuenta se incluyen la capacidad del paciente para mantener los reflejos de protección, una vía respiratoria independiente continua y la respuesta a los estímulos físicos o las órdenes verbales.

Las políticas y procedimientos de sedación identifican:

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) el consentimiento informado;
- d) las evaluaciones y monitorización del paciente;
- e) las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado; y
- g) los servicios y médicos no anestesiólogos que pueden aplicar sedación.

El anestesiólogo realiza una evaluación previa a la sedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente. La política del establecimiento define el alcance y el contenido de esta evaluación.


El médico anestesiólogo es el responsable de llevar a cabo un control ininterrumpido de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.

Los anestesiólogos son los responsables de realizar el control y proporcionar el equipo y suministros para sedación proporcionada en otras áreas dentro del establecimiento, por ejemplo en la sala de operaciones y en la clínica odontológica ambulatoria; por consiguiente, se mantiene un único nivel de atención. (Véanse también COP.1, EM 3 y GLD.3.2.1, EM 3)

ASC.3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.


Elementos Medibles de ASC.3

1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda; en donde se identifican al menos los siguientes elementos: (Ver AOP.2, EM 2 y MMU.4, EM 1)
 - a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales
 - b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
 - c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera
 - d) los requisitos de control del paciente
 - e) las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación
 - f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado

2. **Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anestesiólogo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados.** 
3. El médico anestesiólogo participa en la elaboración de las políticas y procedimientos.
4. La sedación moderada y profunda se administran conforme a la política del hospital.

ASC.3.1 El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación presedación.

Elementos Medibles de ASC.3.1

1. Se cuenta con una política que define el alcance y contenido de la evaluación presedación. 
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un médico anestesiólogo o autorizado, conforme a la política del establecimiento.
3. Se documenta en el expediente clínico los resultados de dicha evaluación.

ASC.3.2 Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.

Elementos Medibles de ASC.3.2

1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.4

El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación preanestésica y otra previa a la inducción.

Propósito de ASC.4

Como la anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, su administración se planifica minuciosamente. Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la administración de anestesia.

La evaluación preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y su planificación;
- administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- interpretar los hallazgos del control del paciente.

En todo procedimiento programado o de urgencia que requiera anestesia, obligadamente el médico anestesiólogo realizará una valoración preanestésica en un marco corto de tiempo. Como la evaluación preanestésica puede llevarse a cabo previa a la admisión o previa al procedimiento quirúrgico, se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.

Elementos Medibles de ASC.4

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente. Se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
2. Las dos valoraciones las realizan médicos anestesiólogos.
3. Las dos valoraciones se documentan en el expediente clínico.

Estándar ASC.5

Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

Propósito de ASC.5

La atención anestésica se planifica y documenta en el expediente clínico. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones, identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control durante la cirugía y la atención postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.5

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. Se documenta el plan.

Estándar ASC.5.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

Propósito de ASC.5.1

El proceso de planeación anestésica incluye la educación del paciente, de su familia o de las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la anestesia planeada y la analgesia posoperatoria. Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento anestésico. Esta educación la imparte un anesthesiólogo.

Elementos Medibles de ASC.5.1

1. Se educa al paciente, la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
2. Esta educación la imparte un anesthesiólogo.

Estándar ASC.5.2

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Propósito de ASC.5.2

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Elementos Medibles de ASC.5.2

1. Se anota en el expediente del paciente la anestesia utilizada.
2. Se anota en el expediente del paciente la técnica anestésica utilizada.


ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ASC.5.3**

Durante la administración de anestesia, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente.

Propósito de ASC.5.3

El control fisiológico ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la administración de la anestesia y en el periodo de recuperación. Los métodos de control dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo durante la anestesia. No obstante, en todos los casos, el proceso de control es continuo, y los resultados se anotan en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de ASC.5.3

1. Se monitoriza permanentemente el estado fisiológico durante la administración de la anestesia. Los resultados del control se anotan en el expediente.
2. Políticas y procedimientos guían la monitorización del paciente durante la administración de anestesia. 
3. *El procedimiento de inicio y finalización de aplicación de anestesia se realiza en presencia de un médico anesthesiólogo calificado o un médico residente de anestesiología supervisado (Ver SQE.8.3 y SQE.8.3.1)*

Estándar ASC.6

Se controla y documenta el estado postanestésico de cada paciente. Cada paciente es dado de alta del área de recuperación por un médico anesthesiólogo calificado.

Propósito de ASC.6

El control durante la anestesia es la base del control durante el periodo de recuperación postanestésica. La recolección y el análisis de datos permanentes y sistemáticos, sobre el estado del paciente en recuperación, respaldan las decisiones sobre el traslado del paciente a otras áreas y a servicios menos intensivos. El registro de los datos de control proporciona la documentación para respaldar las decisiones del alta.

El alta del área de recuperación postanestésica se da a través de una de las siguientes vías:

- a) Un médico anesthesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente.
- b) Un médico anesthesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documentará en el expediente clínico del paciente.
- c) El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación postanestésica, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.

Se registran la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos Medibles de ASC.6

1. Durante el periodo postanestésico se controla a los pacientes de acuerdo a su estado. (Véase AOP.2, EM 3)
2. Los hallazgos del control se ingresan en el expediente clínico del paciente. (Ver MCI.19.1, EM 4)
3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación postanestésica conforme a las alternativas siguientes:
 - a. Un médico anesthesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente.
 - b. Un médico anesthesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documentará en el expediente clínico del paciente.
 - c. El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación postanestésica, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.
4. La hora de inicio y terminación de la recuperación se registran en el expediente clínico.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA**Estándar ASC.7**

Se planea y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

Propósito de ASC.7

Debido a que la cirugía conlleva un alto riesgo, su planeación es una actividad crítica. La o las evaluaciones del paciente son la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado y proporcionan la información necesaria para:

- seleccionar el procedimiento y momento adecuado;
- llevar a cabo los procedimientos en forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de los antecedentes, estado físico y diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento. La selección del procedimiento tiene en cuenta la información de la evaluación en la admisión, los análisis de diagnóstico y demás fuentes disponibles. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un breve marco de tiempo en caso de que un paciente de urgencia necesite ser intervenido.

La atención quirúrgica planeada 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.7

1. Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.
2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación. (Ver AOP.1.5.1, EM 1; SAD.1.3, EM 3 y SAD.2.4, EM 3)
3. Previo al procedimiento, se documenta un diagnóstico preoperatorio. (Ver MCI.19.1, EM 2)
4. Previo al procedimiento, se documenta la atención quirúrgica planeada.

Estándar ASC.7.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o con quienes toman decisiones en nombre del paciente.

Propósito de ASC.7.1

Los pacientes y sus familiares, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado exigido en PFR.6.4. 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 necesitarse sangre o hemoderivados, se comentará la información sobre los riesgos y las alternativas. El cirujano del paciente u otra persona calificada, proporcionará esta información.

Elementos Medibles de ASC.7.1

1. Se educa al paciente, a la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planeado.
2. La educación incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y hemoderivados.
3. El cirujano del paciente, u otro médico del equipo quirúrgico, imparte la educación.

Estándar ASC.7.2

Se integra al expediente clínico la nota postquirúrgica.

Propósito de ASC.7.2

La atención postquirúrgica depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se incluye un diagnóstico postoperatorio, una descripción del procedimiento quirúrgico y de los hallazgos (incluidas muestras quirúrgicas enviadas a Patología), así como los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos. A fin de respaldar la continuación de la atención, las notas quirúrgicas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.7.2

1. Se documenta un diagnóstico postoperatorio en el expediente clínico.
2. Se documenta la descripción del procedimiento quirúrgico y los hallazgos encontrados.
3. **Se documentan en el expediente clínico los incidentes y accidentes quirúrgicos.**
4. **Se documenta en el expediente clínico la cuantificación de sangrado y el reporte de gases y compresas.**
5. Se documentan los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos.
6. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ASC.7.3

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en el expediente clínico.

Propósito de ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se controla durante la cirugía e inmediatamente después de la misma. El control se adecua al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados del control activan las decisiones transoperatorias, al igual que las decisiones postoperatorias tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. El control de la información guía la atención médica y de enfermería e identifica la necesidad del diagnóstico. Los hallazgos de la monitorización se documentan en el expediente clínico. Este estándar está relacionado con el mismo requisito de control fisiológico durante la anestesia. (Ver ASC.5.3)

Elementos Medibles de ASC.7.3

1. El estado fisiológico del paciente se controla permanentemente durante la cirugía.
2. El estado fisiológico del paciente se controla durante el periodo inmediatamente posterior a la cirugía.
3. Los hallazgos se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar ASC.7.4

Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Propósito de ASC.7.4

Las necesidades de atención médica y de enfermería postquirúrgicas en cada paciente son diferentes, por lo tanto, es necesario planearlas, incluyendo el nivel y entorno de atención, el control o tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planeación de la atención postquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y en el estado del paciente. La atención planeada se documenta en el expediente clínico del paciente a fin de asegurar la continuidad de los servicios durante el periodo de recuperación o rehabilitación.

Elementos Medibles de ASC.7.4

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. El o los planes se documentan en el expediente clínico del paciente

MMU

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS
Medication Management and Use

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

PERSPECTIVA GENERAL

El manejo de los medicamentos es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades y trastornos. El manejo de los medicamentos abarca los procesos que emplea el establecimiento para administrar farmacoterapia a sus pacientes, así como los principios de diseño, implementación y mejora efectivos del proceso para seleccionar, adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, distribuir, dispensar, preparar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos. Los procesos de manejo de medicamentos para la seguridad del paciente son universales.

Una guía para implementar un sistema de manejo y uso de medicamentos de manera multidisciplinaria, integral y sistemática donde todos los procesos se correlacionen entre sí, es el Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria.

ORGANIZACIÓN Y MANEJO

Estándar MMU.1

El manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente.

Propósito de MMU.1

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención médica, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. El manejo y el uso de los medicamentos no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino también de los directores y prestadores de atención médica. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos del establecimiento. En los casos en los que no existe una farmacia, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica, según la política del establecimiento. Cuando existe una farmacia central, ésta podrá organizar y controlar los medicamentos de todo el establecimiento. El manejo efectivo de los medicamentos involucra a todo el establecimiento, los servicios de hospitalización, ambulatorios y de especialidades.

Elementos Medibles de MMU.1

1. Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento. 📄
2. Se incluyen en la estructura organizacional todos los servicios y personal que maneja procesos de medicación.
3. El plan o programa cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento. 📄
4. La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar MMU.1.1

El Sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado.

Propósito de MMU.1.1

Todo el sistema de medicación es supervisado por una persona, un departamento o un comité con un enfoque multidisciplinario abarcando los procesos clínicos y de gestión. Quien o quienes realizan esta supervisión cuentan con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias. La supervisión incluye todos los procesos descritos en el apartado de Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)

Elementos Medibles de MMU.1.1

1. Una persona, departamento o comité supervisa el sistema de medicación. (Ver GLD.5, EM 1)
2. Quien o quienes realizan la supervisión cuentan con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias.
3. La supervisión incluye a todo el sistema de medicación.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.1.1.1

El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación.



Propósito de MMU.1.1.1

El establecimiento identifica y prioriza los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación desde la selección y adquisición de los medicamentos hasta el control de los mismos incluyendo la farmacovigilancia y el reporte y análisis de los errores de medicación.

Esta revisión del sistema 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 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 selecciona al menos uno de los riesgos prioritarios y adopta e implementa una buena práctica basada en la evidencia para mejorar la seguridad del paciente.

Elementos Medibles de MMU.1.1.1

1. El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación. 
2. El establecimiento prioriza los riesgos identificados.
3. Los riesgos identificados se utilizan para rediseñar los procesos del sistema de medicación.
4. Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica. 

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN

Estándar MMU.2

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

Propósito de MMU.2

Cada hospital debe establecer y mantener su inventario mínimo de medicamentos para surtir las prescripciones médicas (Ver estándares 4.2.1, 4.2.2 y 4.2.3 de la Autoevaluación). Esta decisión estará basada en la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los tipos de servicios prestados. El establecimiento elabora una lista de todos los medicamentos que tiene en existencias o que pueden 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.

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

Elementos Medibles de MMU.2

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados.
2. Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o que se pueden obtener de manera inmediata. 📄
3. Se utilizó un proceso de colaboración para elaborar la lista.
4. Existe un proceso establecido saber cómo actuar en aquellos casos en los que no esté disponible algún medicamento, que incluye una notificación a quienes prescriben, y sugerencia de alternativas.

Estándar MMU.2.1

Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos y del uso de los medicamentos en el establecimiento.

Propósito de MMU.2.1

El establecimiento cuenta con un mecanismo de supervisión; por ejemplo un **Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT, Ver Glosario)** para mantener y controlar la lista de medicamentos, así como controlar su uso. Los involucrados en la supervisión de la lista son el personal que participa en el proceso de ordenar, dispensar, administrar y controlar los medicamentos.

Existen criterios que guían las decisiones respecto a agregar o eliminar medicamentos de la lista, que incluyen las indicaciones de uso, efectividad, riesgos y costos. Existe un proceso para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos. Por ejemplo, cuando se toma la decisión de agregar una nueva clase de fármacos a la lista, existe un proceso para controlar la idoneidad de la indicación, la forma en que se prescribe el fármaco (dosis o vía) y cualquier evento adverso asociado con él. La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, eficacia, uso y efectos secundarios y reacciones adversas.

El establecimiento asegura que los medicamentos estén protegidos contra robo o extravíos, tanto en la farmacia como en cualquier otro sitio donde se almacenen o dispensen medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.2.1

1. Existe un método de supervisión del uso de medicamentos en el establecimiento.
2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en todo el establecimiento.
3. Los profesionales de la salud involucrados en prescribir, dispensar, administrar y controlar los medicamentos colaboran en el control y actualización de la lista.
4. Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista. 📄
5. Existe un proceso o mecanismo para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos a la lista.
6. La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información sobre seguridad y eficacia.

Estándar MMU.2.2

El establecimiento puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia, que no están normalmente disponibles para la organización o en las ocasiones en las que la farmacia está cerrada.

Propósito de MMU.2.2

Eventualmente, son necesarios medicamentos de los que no hay existencias o que no están a inmediata disposición del establecimiento. Existe un proceso para aprobar y obtener tales medicamentos. Además, en algunas ocasiones se necesitan medicamentos durante la noche, cuando la farmacia está cerrada o cuando los medicamentos están bajo llave. Cada organización necesita establecer la forma de actuar en estos casos y educa al personal sobre los procedimientos a seguir. (Ver GLD.3.2.1)

Elementos Medibles

1. Existe un proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.
2. Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave.
3. El personal implementa estos procesos cuando son necesarios.

ALMACENAMIENTO**Estándar MMU.3**

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.


Propósito de MMU.3

Los medicamentos se pueden resguardar en un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la central de enfermería. El estándar MMU.1 exige un mecanismo de supervisión para todos los lugares donde se almacenan medicamentos. En todos los lugares donde se almacenan medicamentos, se hace evidente lo siguiente:

- a) los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto;
- b) se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- c) los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- d) los electrolitos concentrados no se almacenan en las unidades de atención; cuando esto necesario desde el punto de vista clínico, hay estrategias o acciones para evitar errores en su preparación y administración (Ver MISP.3);

- e) todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los se encuentren debidamente resguardados y almacenados;
- f) la política del establecimiento define cómo se identifican, resguardan y almacenan los medicamentos que el paciente trae consigo.

Elementos Medibles de MMU.3

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
3. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
4. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los se encuentran debidamente resguardados y almacenados.
5. Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento. 





Estándar MMU.3.1

La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.

Propósito de MMU.3.1

Existen algunos tipos de medicamentos que debido a su alto riesgo (medicamentos radiactivos), circunstancias inusuales (traídos por el paciente), la oportunidad para abusar de ellos o hacer mal uso (medicamentos de muestra y medicamentos de urgencia) o su naturaleza especial (productos nutricionales) están mejor respaldados por políticas que guían el almacenamiento y el control de su uso. Las políticas se ocupan del proceso de recepción, identificación de medicamentos, almacenamiento y de todo tipo de distribución.

Elementos Medibles de MMU.3.1

1. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales. 
2. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar. 
3. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra. 
4. La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia. 
5. Todo almacenamiento se realiza en conformidad con la política del establecimiento.

Estándar MMU.3.2

Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y reguardados en forma segura.

Propósito de MMU.3.2

Cuando ocurre una urgencia con un paciente, es fundamental el rápido acceso a dichos medicamentos.

Cada establecimiento identifica los medicamentos de urgencia y los sitios donde serán almacenados, por ejemplo: en quirófano se encuentran agentes para revertir la anestesia, en los servicios de urgencias obstétricas se cuenta con los medicamentos necesarios para dar atención a la mujer embarazada con toxemia y hemorragia obstétrica (*Ver COP.8.4*).

A fin de garantizar el acceso y resguardo de dichos medicamentos, el establecimiento implementa un proceso para:

- Evitar el abuso, robo o extravío de dichos medicamentos.
- Asegurar que los medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o vencen.

Por consiguiente, el establecimiento entiende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.3.2

1. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, y están fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia.
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 vencen o dañan.

Estándar MMU.3.3

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de medicamentos.

Propósito de MMU.3.3

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del adecuado desecho de medicamentos vencidos o caducados, conforme a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de MMU.3.3

1. Hay un sistema implementado de retiro de medicamentos caducos o fuera de uso.
2. Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso. 📄
3. Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente. 📄
4. Las políticas y procedimientos están implementados.

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN

Estándar MMU.4

Hay políticas y procedimientos, basadas buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.

Propósito de MMU.4

Existen políticas y procedimientos que guían la prescripción segura de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar las políticas y procedimientos. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. Como las prescripciones de medicamentos ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la política del establecimiento prevé acciones para disminuir la ilegibilidad.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.
2. Existe un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos aplicables.
3. Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas. 📄
4. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.4.1**

El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.

Propósito de MMU.4.1

A fin de reducir la variación y mejorar la seguridad del paciente, el establecimiento define en su política los elementos aceptables de una prescripción de medicamentos completa.

Los elementos incluidos en las políticas incluyen al menos lo siguiente:

- a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. (Ver MISP.1)
- b) Los elementos de la prescripción de medicamentos.
- c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
- d) Si se necesitan indicaciones (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo.
- e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo escribir en mayúsculas o con diferente color estos fármacos).
- f) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir medicamentos de alto riesgo.
- g) Los tipos de órdenes/indicaciones adicionales permitidas, tales como órdenes de urgencia, permanentes o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática), por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días, un plan de soluciones parenterales que se suspende a las 12 horas o un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de la intervención quirúrgica; así como, todo elemento requerido en tales órdenes/indicaciones.
- h) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo, en pacientes pediátricos.

Por consiguiente, este estándar define los requerimientos para las órdenes/indicaciones de medicamentos en todo el establecimiento. La política implementada se verá reflejada en que se ingresen órdenes/indicaciones completas en el expediente clínico, en que la farmacia o la unidad dispensadora reciban la información necesaria para dispensar, y en que la administración de los medicamentos se base en una prescripción completa.

Elementos Medibles de MMU.4.1

1. Las prescripciones de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos abarcan los siguientes elementos:
 - a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
 - b) Los elementos de la prescripción o la solicitud de medicamentos.
 - c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
 - d) Si se necesitan indicaciones PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo.
 - e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos.
 - f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
 - g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia, permanentes, de detención automática y todo elemento requerido en tales órdenes.
 - h) La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes.
 - i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo en pacientes pediátricos.
2. Las prescripciones de medicamentos se completan según la política del establecimiento.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.4.2**

El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.

Propósito de MMU.4.2

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada establecimiento es responsable de identificar al personal con las competencias necesarias para prescribir medicamentos. El establecimiento puede fijar límites al personal en cuanto prescribir medicamentos controlados, agentes de quimioterapia o radiactivos y medicamentos experimentales. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamentos, así como, quienes los preparan y administran, identifican a las personas autorizadas para prescribir medicamentos. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica al personal que cuenta con autorización para prescribir medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.4.2

1. Sólo el personal autorizado por el establecimiento, las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, prescribe medicamentos.
2. Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para prescribir medicamentos.
3. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamento, así como quienes los preparan y administran, identifican al personal autorizado para prescribir medicamentos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.4.3**

Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.

Propósito de MMU.4.3

Existen políticas y procedimientos que guían las transcripciones seguras de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar las políticas y procedimientos. El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las indicaciones de medicamentos, ya sea por personal de enfermería, por médicos en formación o por personal médico autorizado para realizarlo, por ejemplo para actualización de indicaciones. Como las transcripciones de medicamentos ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la política del hospital establece acciones para disminuir la ilegibilidad y otros riesgos identificados.

Elementos Medibles de MMU.4

1. *Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas y las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles.*
2. *Las transcripciones de medicamentos se realizan de manera correcta para garantizar la seguridad del paciente.*

Estándar MMU.4.4

Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.

Propósito de MMU.4.4

El expediente clínico contiene una lista de los medicamentos prescritos para el paciente, las dosis y horas en que deben administrarse. Se incluyen los medicamentos administrados “por razón necesaria” autorizados por el médico tratante. Si esta información se registra en un formulario de medicamentos aparte, el mismo se introduce en el expediente clínico del paciente en el momento del alta o de la transferencia.

Elementos Medibles de MMU.4.4

1. Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente.
2. Se registra cada dosis de medicamento administrada.
3. La información sobre los medicamentos se encuentra disponible durante el proceso de atención y se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.4.5**

Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.

Propósito de MMU.4.5

Una de las causas más importantes de los errores de medicación es la falta de comunicación sobre la medicación entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares.

El riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente, por ejemplo, a su ingreso, en el traslado de terapia intensiva a hospitalización, cuando hay cambio de responsable de la atención y en el alta hospitalaria.


El hospital asegura la adecuada medicación al realizar el proceso de conciliación de medicamentos durante estas transiciones, este proceso consta de tres fases:

- a) Obtención de la historia farmacológica del paciente
- b) Verificación de la medicación actual con la previa
- c) Comunicación de los cambios o riesgos en la prescripción

La organización realiza la conciliación al comparar la lista de los medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión con los prescritos en las indicaciones médicas a su ingreso, al alta y en todo traslado, transición o cuando hay cambio de responsable de la atención; con el propósito de dar continuidad a la atención e identificar y resolver discrepancias, las cuales incluyen omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

Se incluye, en el expediente clínico, una lista de todos los medicamentos que el paciente toma en el momento de la atención, la cual estará a disposición del personal calificado que realice la conciliación de los medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.4.5

1. **Existen políticas guían el proceso de conciliación de medicamentos.** 
2. Los expedientes clínicos contienen una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal calificado que realice la conciliación de los medicamentos.
3. **Las indicaciones médicas al ingreso del paciente se comparan con la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, de acuerdo al proceso establecido por el establecimiento.**
4. **A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o cambio de responsable.**
5. **A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso.**

PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5

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

Propósito de MMU.5

La farmacia, el servicio farmacéutico, las enfermeras o el personal calificado que prepara y dispensa los medicamentos lo lleva a cabo en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. El establecimiento identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. Los medicamentos almacenados y dispensados fuera de la farmacia, por ejemplo en unidades de atención al paciente, cumplen con las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara los productos estériles compuestos (como vías IV y epidurales) está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican, por ejemplo, en el caso de medicamentos citotóxicos.

Elementos Medibles de MMU.5

1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados. (Ver PCI.7, EM 1 y 2)
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.
3. El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.5.1

Se revisa de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.

Propósito de MMU.5.1

El farmacéutico, técnico o profesional capacitados y habilitados revisan la idoneidad de cada prescripción (recién ordenada o cuando cambia la dosis). El establecimiento define qué información del paciente se necesita para una revisión efectiva de la prescripción. Esto sucede antes de la administración cuando los medicamentos. Cuando surgen dudas, se contacta a la persona que prescribió el medicamento.

El proceso para revisar una prescripción incluye la evaluación de:

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

Quienes revisan las prescripciones de medicamentos cuentan con la competencia para hacerlo debido a su educación y capacitación. La revisión de la idoneidad puede no ser necesaria o apropiada en una emergencia o cuando el médico que prescribe está presente a la hora de la preparación, administración y la monitorización del paciente (por ejemplo en el quirófano y en el servicio de urgencias); o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento. (Ver MMU.4.5)

A fin de facilitar la revisión, existe un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los medicamentos administrados a un paciente, salvo los de urgencia y los administrados como parte de un procedimiento.

Cuando se usan programas de software informático para verificar las interacciones entre fármacos y las alergias a fármacos, se actualiza dicho software según un cronograma adecuado.

Elementos Medibles de MMU.5.1

1. **Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.** 📄
2. El establecimiento define qué información específica del paciente necesita para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.
3. Se revisa la idoneidad de cada prescripción, incluye los siguientes elementos;
 - a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
 - b) la duplicación terapéutica;
 - c) las alergias o sensibilidades;
 - d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
 - e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento
 - f) el peso del paciente y demás información fisiológica;
 - g) otras contraindicaciones.
4. Se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la dispensación o administración.
5. Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.
6. El personal autorizado para revisar las prescripciones es competentes para dicha tarea.
7. La revisión se facilita mediante un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los pacientes que reciben medicamentos.
8. Se actualiza periódicamente el software, cuando éste se utiliza, para verificar las interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.

Estándar MMU.5.2

Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.

Propósito de MMU.5.2

El establecimiento dispensa medicamentos en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante la distribución y la administración. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos en toda la organización emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación precisa. El sistema respalda la dispensación precisa de los medicamentos de manera puntual.

Elementos Medibles de MMU.5.2

1. Existe en el establecimiento un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. Los medicamentos se etiquetan debidamente luego de su preparación.
3. Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada.
4. El sistema respalda la dispensación precisa.
5. El sistema respalda la dispensación puntual.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.5.3**

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

Propósito de MMU.5.3

La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. El establecimiento identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara la alimentación parenteral está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican.

Cuando el establecimiento cuenta con servicios subrogados para la preparación de alimentación parenteral, se revisan periódicamente los resultados de control de calidad de dicha fuente.

Elementos Medibles de MMU.5.3

1. *La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados. (Ver PCI.7, EM 1 y 2)*
2. *La preparación y dispensación de la alimentación parenteral cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.*
3. *El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas*
4. *Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de alimentación parenteral se revisan periódicamente. (Ver GLD.3.3)*

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.5.4**

Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MMU.5.4.1**

El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Propósito de MMU.5.4 y MMU.5.4.1

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

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

- a) Nombre del medicamento
- b) Dosis
- c) Concentración
- d) Vía
- e) Dilución
- f) Fecha de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.

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

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser administrados, además, se utiliza una doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.

Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis basado en las buenas prácticas de medicación y acorde a las prácticas de control de infecciones.

MMU.5.4 Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.

Elementos Medibles de MMU.5.4

1. *Los medicamentos utilizados durante procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo son etiquetados inmediatamente después de su preparación.*
2. *El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:*
 - a) *Nombre del medicamento*
 - b) *Dosis*
 - c) *Concentración, si corresponde*
 - d) *Vía*
 - e) *Dilución*
 - f) *Fecha/hora de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.*
3. *Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser administrados*
4. *Se utiliza doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.*

MMU.5.4.1 El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles de MMU.5.4

1. *Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.* 📄
2. *Los medicamentos multidosis son etiquetados inmediatamente después de su preparación.*
3. *El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:*
 - a) *Nombre del medicamento*
 - b) *Dosis*
 - c) *Concentración, si corresponde*
 - d) *Vía*
 - e) *Dilución*
 - f) *Fecha/hora de preparación y de caducidad*

ADMINISTRACIÓN

Estándar MMU.6

El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos.

Propósito de MMU.6

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia. Cada establecimiento es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado por habilitación, certificación, las leyes o reglamentaciones para administrar medicamentos. Un establecimiento puede fijar límites a una persona en cuanto a la administración de medicamentos, como por ejemplo en

el caso de sustancias controladas o medicamentos radiactivos y experimentales. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica a todo personal adicional que cuente con un permiso para administrar medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6

1. El establecimiento identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Sólo el personal autorizado por el establecimiento, habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, administra medicamentos.
3. Existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar MMU.6.1

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

Propósito de MMU.6.1

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de **SIETE CORRECTOS** de la administración de medicamentos:

- a) la identidad del paciente. (Ver MISP.1)
- b) el medicamento prescrito;
- c) la caducidad,**
- d) la hora y la frecuencia de administración prescrita;
- e) la dosis prescrita;
- f) la vía de administración prescrita; y
- g) la velocidad de infusión**

El establecimiento define el proceso de verificación a utilizar en la administración de medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6.1

- 1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización**
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
- 3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar**
4. Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
- 6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.**
7. Los medicamentos se administran puntualmente.
8. Los medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.

Estándar MMU.6.2

Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre o a modo de muestras.

Propósito de MMU.6.2

La supervisión del uso de medicamentos requiere de la identificación de todos los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso en el hospital. El médico del paciente conoce los medicamentos que el paciente o su familia traen al establecimiento, y los anota en el expediente clínico. Cuando las políticas de la organización autorizan la autoadministración de medicamentos, el médico del paciente está al tanto de este proceso (ya sean los que el paciente trajo a la organización o los que se prescribieron dentro de la misma), y lo anota en el expediente clínico del paciente.

El establecimiento controla la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.

Elementos Medibles de MMU.6.2

1. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la auto administración de medicamentos por parte del paciente. 📄
2. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente ingrese al establecimiento. 📄
3. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos. 📄
4. *Hay políticas y procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.*

CONTROL**ESTÁNDAR INDISPENSABLE****Estándar MMU.7**

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Propósito de MMU.7

El médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar **Acontecimientos Adversos por Medicamentos (AAM)**; ya sean errores de medicación, reacciones adversas a medicamentos (RAM) o efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se puede ajustar cuando sea necesario. Es adecuado controlar 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 en aumentan el riesgo de caídas, etc.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo Acontecimiento Adverso por Medicamentos:

- El establecimiento cuenta con una política que identifica todas las reacciones adversas que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso, cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.
- El establecimiento cuenta con un proceso de reporte y análisis de errores de medicación (Ver MMU.7.1)

Elementos Medibles de MMU.7

1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
2. Se cuenta con un proceso para la detección de Acontecimientos Adversos por Medicamentos.
3. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.
4. *Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.*
5. *Las reacciones adversas a medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente, en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia.*

Estándar MMU.7.1

Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

Propósito de MMU.7.1

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, reportar y analizar los errores y las cuasifallas de medicación. El proceso incluye la definición de un error de medicación y cuasifalla, empleando un formato estandarizado para el reporte, y la educación del personal en cuanto al proceso y sensibilización acerca de la importancia de reportar dichos eventos. El proceso de reporte y análisis forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente. El programa se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en el establecimiento y en otras organizaciones, y por qué tienen lugar las cuasifallas. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro. El responsable de supervisar el sistema de manejo y uso de medicamentos así como el responsable de calidad participan en la capacitación del personal.

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación. 📄
2. Los errores de medicación y las cuasifallas se reportan y analizan en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.
3. El establecimiento emplea la información sobre errores de medicación y las cuasifallas para mejorar los procesos de manejo y uso de medicamentos.
4. *El personal está capacitado para identificar y reportar errores y cuasifallas de medicación.*

VACUNACIÓN**Estándar MMU.8**

Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.

Propósito de MMU.8

De acuerdo al contexto, recursos y tipo de población o pacientes que atiende un establecimiento, es importante que realice actividades de prevención, como la vacunación; en este contexto, cuenta con políticas y procedimientos que guían la conservación, almacenamiento y administración de vacunas.

De acuerdo con el tipo de población que atiende el hospital, se deberá contar con políticas y procedimientos específicos para este tipo de pacientes, por ejemplo, recién nacidos, mujeres embarazadas, adultos mayores e inclusive el personal del hospital, como parte del Programa de Salud para el Personal. (Ver SQE 8.4.EM 5).

Elementos Medibles de MMU.8

1. *Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas.* 📄
2. *El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para la vacunación en grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas, personal del establecimiento, menores de 5 años, adultos mayores; según corresponda)*
3. *Si corresponde, el establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para garantizar una cobertura de BCG.*
4. *La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.*

PFE

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA *Patient and family education*

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Patient and Family Education

PERSPECTIVA GENERAL

La educación al paciente y a su familia ayuda mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su o sus médicos, con el personal de enfermería, y con otros profesionales de la salud como rehabilitadores, psicólogos y nutriólogos. Como gran parte del personal educa a los pacientes y familiares, es importante que coordinen sus actividades y se centren en lo que el paciente necesita aprender.

La educación efectiva comienza con una evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. Esta evaluación determina lo que el paciente y su familia necesitan aprender, así como la mejor manera en que debe darse el aprendizaje. El aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a los valores culturales, religiosos y destrezas, así también cuando tiene lugar en los puntos adecuados del proceso de atención.

La educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención, como el necesario una vez que el paciente es dado de alta, por ejemplo, atención médica para el seguimiento y las circunstancias en que debe solicitar atención médica de urgencia.

La educación es efectiva cuando un establecimiento emplea diversas técnicas acordes a las necesidades del paciente.


Estándar PFE.1

El establecimiento proporciona orientación, capacitación e información sobre el proceso de atención para el conocimiento y participación del paciente y de su familia para la toma de decisiones sobre su atención.

Propósito de PFE.1

El establecimiento educa al paciente y a su familia a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar en sus procesos de atención, basándose en la misión, los servicios prestados y el entorno de los pacientes. La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva. Por consiguiente, puede optar por designar un coordinador de educación o un comité de educación, crear un servicio o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar la educación de manera coordinada.

Elementos Medibles de PFE.1

1. El establecimiento planifica la educación de modo tal que coincida con su misión, servicios y población de pacientes.
2. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento. 
3. Los recursos educativos se organizan de manera eficiente y efectiva.

Estándar PFE.2

Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se incluyen en su expediente clínico.

Propósito de PFE.2

La educación se centra en el conocimiento y destrezas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, así como para participar y continuar la atención en el domicilio. Debe existir un proceso de evaluación que identifique los tipos de procedimientos quirúrgicos, invasivos, tratamientos planificados y las necesidades de enfermería que conllevan la atención después del alta. Esta evaluación, que inicia en el momento de la evaluación inicial, permite a los profesionales brindar la información e impartir la educación necesaria a los pacientes y familiares en los momentos apropiados del proceso de atención. La educación proporcionada como parte del proceso de obtención de consentimiento informado, se documenta en el expediente clínico del paciente.

Cuando un paciente o su familia participan directamente en los cuidados (por ejemplo, cambiando vendas, alimentando al paciente, administrando medicamentos y tratamientos), necesitan recibir educación. Una vez identificadas las necesidades educativas, se anotan en el expediente clínico. Esto ayuda a todos los profesionales que atienden al paciente a participar en el proceso de educación en forma coordinada. Cada establecimiento decide el lugar y el formato de la evaluación, planificación e inclusión de la información educativa.

Elementos Medibles de PFE.2

1. ***Se evalúan las necesidades educativas del paciente y su familia desde la evaluación inicial y durante todo el proceso de atención.***
2. Los hallazgos de dichas evaluaciones se documentan en el expediente clínico del paciente.
3. Todo el personal registra la educación que brinda al paciente, de manera uniforme.
4. Los pacientes y sus familiares, si corresponde, aprenden a otorgar consentimientos informados.
5. Los pacientes y sus familiares aprenden cómo participar en las decisiones sobre la atención.
6. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su estado de salud y todo diagnóstico confirmado.
7. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su derecho a participar en el proceso de atención según corresponda.

Estándar PFE.2.1

Se evalúa, en el paciente y familiares, los factores emocionales e intelectuales que pudieran obstaculizar sus capacidades y disposición para aprender.

Propósito de PFE.2.1

Se identifican los conocimientos y habilidades del paciente y de su familia para planificar su educación. Existen muchas variables que determinan si el paciente y su familia están dispuestos a aprender y si son capaces de hacerlo.

Por lo tanto, para planificar la educación, el establecimiento debe identificar como parte de la evaluación inicial:

- a) las creencias y valores del paciente y de su familia;
- b) su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
- c) las barreras emocionales y las motivaciones;
- d) las limitaciones físicas y cognitivas;
- e) la disposición del paciente para aprender; y
- f) la habilidad para realizar un procedimiento.

Elementos Medibles de PFE.2.1

1. *Durante la evaluación inicial y según sea adecuado durante el proceso de atención, se identifican los siguientes elementos, tanto en el paciente como en su familia.*
 - a) *las creencias y valores;*
 - b) *el nivel de alfabetización, nivel educativo e idioma;*
 - c) *las barreras emocionales y las motivaciones;*
 - d) *las limitaciones físicas y cognitivas;*
 - e) *la disposición del paciente para aprender; y*
 - f) *la habilidad para realizar un procedimiento.*
2. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.

Estándar PFE.3

La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades constantes de atención médica del paciente.

Propósito de PFE.3

Los pacientes con frecuencia necesitan seguimiento en la atención para cubrir sus necesidades o para alcanzar un estado de salud óptimo. La información general de salud que el establecimiento o los recursos comunitarios brindan debe incluir información sobre cuándo retomar las actividades cotidianas después del alta, las medidas preventivas y si es necesario, información sobre cómo sobrellevar la enfermedad o discapacidad.

El establecimiento identifica los recursos educativos y de capacitación disponibles en la comunidad. En particular se identifican organizaciones comunitarias que apoyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, cuando es posible, se establecen relaciones de cooperación.

Elementos Medibles de PFE.3

1. Los pacientes y sus familiares reciben educación y capacitación para cubrir sus necesidades constantes de atención médica o para alcanzar sus objetivos de salud. (Ver MCI.3, EM 1 y 2)
2. El establecimiento identifica y establece relaciones con recursos comunitarios que apoyan la promoción permanente de la salud y la educación sobre prevención de enfermedades. (Ver ACC.3.1, EM 2 y GLD.3.1, EM 2)
3. Se deriva a los pacientes a estos recursos cuando sea adecuado y estén disponibles. (Véase GLD.3.1, EM 2)

Estándar PFE.4

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipo médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, manejo del dolor y técnicas de rehabilitación.

Propósito de PFE.4

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes.

El establecimiento emplea materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente (no sólo los medicamentos para el alta), incluidos los posibles efectos secundarios (Ver el Glosario) de los medicamentos;
- el uso seguro y efectivo de equipo médico (Ver el Glosario);
- las interacciones potenciales entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos (incluidas preparaciones de venta libre) y los alimentos;
- dieta y nutrición;
- manejo del dolor;
- técnicas de rehabilitación; e
- higiene de manos dentro del establecimiento

Elementos Medibles de PFE.4

1. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos y sus potenciales efectos secundarios.
2. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.
3. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la prevención de interacciones entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos (incluidas preparaciones de venta libre) y los alimentos.
4. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
5. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor. (Ver COP.6, EM 3)
6. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.
7. **Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre higiene de manos dentro del establecimiento. (Ver PC.11 y MISP. 5)**

Estándar PFE.4.1

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: consejería para adolescentes, planificación familiar, violencia familiar, enfermedades crónico-degenerativas, patologías oncológicas, adicciones, vacunación, datos de alarma en las embarazadas.

Propósito de PFE.4.1

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes y que además son temas y/o programas de salud prioritarios en México.

El establecimiento emplea materiales y procesos estandarizados para educar, cuando así corresponda, a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- Planificación familiar
- Violencia Familiar
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Patologías oncológicas
- Adicciones
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Datos de alarma en embarazadas

Elementos Medibles de PFE.4.1

1. *Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planificación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería para adolescentes y violencia familiar.*
2. *Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes Mellitus, padecimientos cardíaco y cerebrovasculares.*
3. *Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.*
4. *Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.*
5. *Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación. (Ver MMU.8)*
6. *Cuando corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma para solicitar atención en forma inmediata.*

Estándar PFE.5

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y posibilitan una interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal a fin de que la educación se logre.

Propósito de PFE.5

El aprendizaje tiene lugar cuando se presta atención a los métodos empleados para educar. Entender las necesidades de los pacientes y de sus familias, ayuda a que el establecimiento seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados, y que identifique el rol de la familia.

Se alienta a los pacientes y familiares a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal para asegurarse de una correcta comprensión de la información. El personal reconoce el papel importante que desempeña el paciente en la prestación de atención médica segura y de buena calidad.

La oportunidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite una retroalimentación que asegura que la información se comprenda, sea adecuada y útil. (Ver MCI.3, ME 1 y 2). El establecimiento 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.5

1. La interacción entre el personal, el paciente y su familia confirma que se comprendió la información. Quienes imparten educación, alientan a los pacientes y sus familiares a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como participantes activos.
2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado para las necesidades y preferencias de aprendizaje del paciente.

Estándar PFE.6**Los profesionales de la salud que atienden al paciente colaboran en la educación.****Propósito de PFE.6**

Cuando los profesionales de la salud entienden la importancia y beneficios de la educación del paciente pueden colaborar de manera más efectiva. Por su parte, la colaboración ayuda a asegurar que la información que los pacientes y sus familiares reciben sea completa, coherente y tan efectiva como sea posible. La colaboración se basa en las necesidades del paciente, y puede que no siempre sea necesaria o adecuada.

El conocimiento del tema, el tiempo adecuado disponible y la capacidad de comunicarse efectivamente son cosas importantes a tener en cuenta para una educación efectiva.

Elementos Medibles de PFE.6

1. La educación del paciente y de su familia se proporciona en colaboración, cuando corresponde.
2. Quienes imparten educación cuentan con un conocimiento del tema para hacerlo.
3. Quienes imparten educación cuentan con el tiempo adecuado para hacerlo.
4. Quienes imparten educación cuentan con las destrezas de comunicación para hacerlo. (Ver ASC.5.1, EM 2)



SECCIÓN 3

Estándares Centrados en la Gestión

OPS

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

PERSPECTIVA GENERAL

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, donde la reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal forman parte de las acciones para la mejora de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Este enfoque incluye:

- el liderazgo y la planificación de la mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- el diseño de procesos clínicos y de gestión;
- la mejora de procesos mediante el uso de indicadores;
- el análisis y comparación de datos; y
- la implementación y estandarización de las mejoras.

El **plan o programa de mejora de la calidad y seguridad** del paciente:

- es dirigido por líderes;
- impacta en la cultura de la organización;
- identifica y reduce los riesgos en forma proactiva;
- usan los datos para definir y atender prioridades; y
- demuestra mejoras sostenidas.

La calidad y la seguridad deben estar arraigadas en el trabajo diario de todos y cada uno de los miembros del establecimiento. Este apartado guía en la comprensión, del personal médico y de enfermería, sobre cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. En forma similar, los directivos, el personal de apoyo y otros, deben aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden hacer más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más eficiente y cómo pueden reducirse los riesgos.

Este capítulo enfatiza que la planificación, el diseño, el control, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los máximos beneficios. El enfoque sistémico de la mejora de la calidad y seguridad del paciente toma en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un área; asimismo, considera que la mayoría de los problemas de calidad clínicos y de gestión están interrelacionados; y por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos deben estar guiados, orientados y supervisados por el **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente**, una buena práctica para la integración y funcionamiento del dicho comité, está disponible en la Instrucción 171/2009 de SICALIDAD.

Los establecimientos que siguen este enfoque sistémico:

- gradualmente, con el liderazgo del director, involucrarán a toda la organización en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente;
- capacitarán y harán participar a más personal;
- establecerán prioridades más claras sobre qué mejorar y controlar;
- basarán sus decisiones en la medición, análisis y seguimiento de sus indicadores; y
- mejorarán basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar QPS.1

Los líderes del establecimiento participan en la elaboración y control del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1

Si una organización va a iniciar, mantener mejoras y reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación, las cuales provienen del cuerpo de gobierno del establecimiento, junto con otros líderes informales, con quienes a diario, manejan las actividades clínicas y de gestión del establecimiento. En forma colectiva, ellos representan el liderazgo del hospital y tienen la responsabilidad de establecer el compromiso de la organización, el enfoque en pro de las mejoras y la seguridad, y la gestión, seguimiento y evaluación del plan o programa.

El **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)** junto con los líderes del establecimiento elaboran el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad del establecimiento. Para lograr este propósito, con un enfoque proactivo, sistémico y multidisciplinario, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente articula a los demás comités del establecimiento para que el **Plan o Programa de Calidad y Seguridad del Paciente** se relacione con todos los demás apartados de la Cédula para Certificar Hospitales.

El cuerpo de gobierno o directivos, son los responsables finales de la calidad y la seguridad del paciente dentro del establecimiento y, por ende, tienen la función de aprobar el plan o programa correspondiente (*Ver GLD.1.6*), evaluar su instrumentación y actuar según los resultados.

Elementos Medibles de QPS.1

1. **Existe un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente con objetivos y funciones definidas para planificar, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente, encabezado por el director del establecimiento, que sesiona periódicamente, da seguimiento puntual a sus acuerdos y toma decisiones con base en análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.** 📄
2. **El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente articula a los diferentes comités existentes en el establecimiento. (por ejemplo: Mortalidad, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, Comisión de Seguridad e Higiene, Comité de Seguridad y Atención Médica en caso de desastre)**
3. **Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, diseñado de manera multidisciplinaria, que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo. (El contenido del plan se puntualiza en QPS.1.2, QPS.2.1, QPS.3, QPS.5, QPS.6, QPS.7 y QPS.10)** 📄
4. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, participan en la elaboración del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
5. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, participan en el control del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
6. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes del establecimiento, incluyendo al responsable de calidad, definen el proceso o mecanismo de supervisión del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
7. Los responsables de las áreas en el establecimiento informan al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y al cuerpo de gobierno o directivos acerca de la instrumentación del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Estándar QPS.1.1

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento colaboran para implementar el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.1

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

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento se aseguran de que el plan o programa se ocupe de:

- el rol de cada uno de los componentes del sistema de atención en el diseño y rediseño de los procesos de mejora;
- un enfoque multidisciplinario que incluya a todas las áreas y servicios del establecimiento dentro del programa;
- la coordinación es evidente entre las áreas y servicios involucrados con la calidad y la seguridad del paciente; asimismo, se encuentran reflejados en el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente todos los programas o planes que se relacionen con la calidad y seguridad del paciente, por ejemplo, el programa de control de calidad del laboratorio clínico, y el programa de administración de riesgos. El plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye a todos los departamentos, servicios y/o tipos de personal clínico;
- un enfoque sistémico en el que se empleen procesos de calidad y conocimientos similares o uniformes para llevar a cabo todas las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El hospital cuenta con un responsable de Calidad y Seguridad del Paciente que preferentemente forme parte del cuerpo de gobierno para garantizar el cumplimiento del plan o programa.

Elementos Medibles de QPS.1.1

1. Los líderes del establecimiento colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. El plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a todo el establecimiento.
3. El plan o 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 plan o programa se ocupa de la coordinación entre todos los componentes de las actividades de control, seguimiento y evaluación de la calidad del establecimiento.
5. El plan o programa emplea un enfoque sistémico y multidisciplinario para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Estándar QPS.1.2

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

Propósito de QPS.1.2

Una función esencial de los directivos y responsables de las áreas del establecimiento es definir prioridades empleando datos e información. Generalmente los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente son escasos, por lo tanto los directivos definen prioridades a partir de una evaluación integral de riesgos y problemas en los sistemas (MMU, PCI, SQE, FMS, quejas, reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas, accidentes de trabajo, entre otros)- y procesos críticos para la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones, se incluyen en este proceso las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de QPS.1.2

1. **Los directivos y responsables de áreas del establecimiento identifican riesgos y problemas relacionados con sistemas y procesos críticos relacionados la calidad de la atención médica, seguridad del paciente, personal e instalaciones.**
2. Los directivos y responsables de las áreas del hospital establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. Los directivos y responsables de las áreas del hospital establecen prioridades para las actividades de control.
4. Las prioridades incluyen la correcta implementación y seguimiento de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.1.3

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento proporcionan apoyo tecnológico y de otro tipo al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.3

El control de las funciones clínicas y de gestión en un establecimiento de atención médica da como resultado la acumulación de datos e información. El seguimiento del plan o programa depende del análisis de los datos, la información histórica y de la comparación con otros establecimientos e instituciones. En el caso de establecimientos grandes o complejos, el rastreo y comparación probablemente requieran tecnología y/o personal con experiencia en el manejo de datos. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad del paciente y los responsables de las áreas del establecimiento, deben entender las prioridades de control y proporcionar el respaldo necesario, de modo que concuerde con los recursos del establecimiento y la mejora de la calidad.

Elementos Medibles de QPS.1.3

1. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad del paciente y, los responsables de las áreas del establecimiento entienden la tecnología y demás requisitos de apoyo para rastrear y comparar los resultados del control.
2. Los directivos, el responsable de calidad y seguridad y, los responsables de las áreas del establecimiento proporcionan tecnología y respaldo, de acuerdo con los recursos del establecimiento, para rastrear y comparar los resultados del control.

Estándar QPS.1.4

Se comunica al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.4

Es esencial la comunicación permanente al personal sobre la información del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteleros, reuniones de personal y procesos de recursos humanos. 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 investigación reciente o de programas de referencia, etc.

Elementos Medibles de QPS.1.4

1. Se comunica al personal la información sobre el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. Las comunicaciones se realizan regularmente, mediante canales efectivos y formales.
3. Las comunicaciones incluyen el progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.1.5

El personal está capacitado para participar en el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.5

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planificación 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 plan o programa, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el suficiente tiempo 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.

Elementos Medibles de QPS.1.5

1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el plan o programa 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.

DISEÑO DE LOS PROCESOS CLÍNICOS Y DE GESTIÓN

Estándar QPS.2

En el establecimiento de atención médica se modifican y diseñan sistemas y procesos conforme a los principios de mejora de la calidad.

Propósito de QPS.2

A menudo, los establecimientos de atención médica tienen la oportunidad de diseñar nuevos procesos o la necesidad de modificar los existentes, lo cuales se sustentan en leyes, reglamentaciones y normas oficiales, según corresponda, así como en guías y lineamientos de práctica clínica, estándares nacionales, programas, entre otros. El diseño de procesos nuevos o modificados también puede tener como fuente de información las experiencias de terceros consideradas como la mejor práctica, una mejor práctica o una buena práctica; éstas podrán ser evaluadas, implementadas y ser utilizadas. Cuando los procesos o servicios están bien diseñados, recurren a una variedad de fuentes de información.

Un buen proceso de diseño:

- a) coincide con la misión y los planes del establecimiento;
- b) cubre las necesidades de los pacientes, las familias, el personal y otros;
- c) emplea las normas, programas, guías, lineamientos de práctica clínica, literatura científica y otra información relevante basada en evidencia;
- d) tiene en cuenta la información relevante sobre el manejo de riesgos;
- e) se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en el establecimiento;
- f) se basa en la mejor práctica, en una práctica mejor que la propia o en buenas prácticas de otras organizaciones;
- g) utiliza información de actividades de mejora relacionadas; e
- h) integra y conecta procesos y sistemas.

Cuando en un establecimiento se diseñan procesos nuevos, seleccionan indicadores para medirlos y una vez implementados, recogen los datos para comprobar si los procesos están funcionando como se esperaba.

Elementos Medibles de QPS.2

1. Los principios y las herramientas de mejora de calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.
2. Los siguientes elementos de diseño se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando:
 - a) coincide con la misión y los planes del establecimiento;
 - b) cubre las necesidades de los pacientes, las familias, el personal y otros;
 - c) emplea las normas, programas, guías, lineamientos de práctica clínica, literatura científica y otra información relevante basada en evidencia;
 - d) tiene en cuenta la información relevante sobre el manejo de riesgos;
 - e) se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en el establecimiento;
 - f) se basa en la mejor práctica, en una práctica mejor que la propia o en buenas prácticas de otras organizaciones;
 - g) utiliza información de actividades de mejora relacionadas; e
 - h) integra y conecta procesos y sistemas.
3. Se seleccionan indicadores para medir el desempeño del proceso recién diseñado o rediseñado.
4. Los resultados de los indicadores se analizan para evaluar el desempeño constante del proceso.

Estándar QPS.2.1

Se utilizan guías de práctica clínica y protocolos de atención para proporcionar la atención clínica.

Propósito de QPS.2.1

Los objetivos de los establecimientos de atención médica incluyen:

- la estandarización de los procesos de atención médica;
- la reducción de los riesgos
- los procesos de atención, en particular de aquellos asociados con las decisiones críticas;
- la prestación de atención médica de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles.

Para lo anterior, se emplean una variedad de herramientas, por ejemplo: los médicos procuran elaborar procesos de atención clínica y tomar decisiones basados en la mejor evidencia científica disponible. Las guías de práctica clínica constituyen herramientas útiles en este esfuerzo para entender y aplicar la mejor evidencia científica a un diagnóstico o un padecimiento específico. Los protocolos de atención son herramientas útiles para garantizar la integración y coordinación de la atención, así como, de eficientar los recursos. Ambas coadyuvan a la estandarización de los procesos de atención.

Las guías y lineamientos de práctica clínica relevantes para la población de pacientes y para la misión del establecimiento:

- a) se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes del establecimiento (en este proceso se incluyen las guías clínicas o protocolos de atención nacionales obligatorias, si las hubiera);
- b) se evalúan por su aplicabilidad y ciencia;
- c) se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la normativa profesional nacional aceptada;
- d) se aprueban o adoptan formalmente por parte del establecimiento;
- e) se implementan y se controlan, para que su uso sea constante y efectivo;
- f) están respaldadas por personal calificado para aplicarlas; y
- g) se actualizan periódicamente.

Se espera que los establecimientos hayan atravesado por el proceso descrito desde a) hasta f) para, al menos, la implementación de una guía o lineamiento de práctica clínica y una ruta clínica por año.

Elementos Medibles de 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.

3. El establecimiento sigue el proceso descrito desde a) hasta f) para implementar guías de práctica clínica y vías clínicas o protocolos de atención.
 - a) se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes del establecimiento (en este proceso se incluyen las guías o lineamientos nacionales obligatorias, si las hubiera)
 - b) se evalúan por su aplicabilidad y ciencia
 - c) se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la normativa profesional nacional aceptada
 - d) se aprueban o adoptan formalmente por parte del establecimiento
 - e) se implementan y se controlan, para que su uso sea constante y efectivo
 - f) están respaldadas por personal calificado para aplicarlas
 - g) se actualizan periódicamente.
4. El proceso se utiliza para adaptar, adoptar o actualizar al menos una guía de práctica clínica y una vía clínica o protocolo de atención en un periodo de 12 meses.

INDICADORES DE MEJORA DE LA CALIDAD

Estándares QPS.3 a QPS.3.21: INDICADORES (MEDIDAS CLAVE)

Estándar QPS.3

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para mejorar procesos y resultados clínicos, de gestión y controlar la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Estándar QPS.3.1

El método de monitorización es confiable y adecuado a los procesos que se quieren mejorar y controlar.

Estándar QPS.3.2

El control tiene como prioridad la correcta implementación y seguimiento de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO (QPS.3.2 – QPS.3.13)

Estándar QPS.3.3

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con la **prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de sus familiares**.

Estándar QPS.3.4

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la evaluación del paciente**.

Estándar QPS.3.5

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **los servicios de laboratorio**.

Estándar QPS.3.6

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.**

Estándar QPS.3.7

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **los procedimientos quirúrgicos.**

Estándar QPS.3.8

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **el uso de medicamentos.**

Estándar QPS.3.9

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.**

Estándar QPS.3.10

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **el empleo de anestesia y sedación.**

Estándar QPS.3.11

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **el uso de sangre y hemoderivados.**

Estándar QPS.3.12

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **el contenido y uso de los expedientes clínicos.**

Estándar QPS.3.13

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la prevención, reducción y vigilancia de infecciones.**

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN (QPS.3.14 – QPS.3.21)

Estándar QPS.3.14

La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **el abasto de insumos y medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.**

Estándar QPS.3.15

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la verificación de cumplimiento de una disposición legal, un reglamento o una Norma Oficial Mexicana en materia de salud, seguridad o higiene.**

Estándar QPS.3.16

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la administración de riesgos (del personal, de la instalación y del entorno de la organización).**

Estándar QPS.3.17

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la planeación, organización, dirección y control de recursos.**

Estándar QPS.3.18

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.**

Estándar QPS.3.19

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **las expectativas y la satisfacción del personal.**

Estándar QPS.3.20

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **los datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente.**

Estándar QPS.3.21

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la administración financiera.**

Propósito de QPS.3 hasta QPS.3.21

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente está dirigida y sustentada por los datos. Como la mayoría de los establecimientos de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para monitorizar todo lo que desean, por consiguiente, cada establecimiento debe elegir cuáles procesos, resultados clínicos y de gestión, son los más importantes a mejorar, basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios. El control y la mejora de la calidad a menudo se centra en aquellos procesos de alto riesgo para los pacientes, los de mayor frecuencia y/o los que tienden a presentar problemas.

Los directivos y responsables de áreas del establecimiento deben hacer la selección final de los indicadores a incluir en las actividades de control y mejora de la calidad. Las medidas seleccionadas están relacionadas con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, áreas clínicas y de gestión importantes (*identificadas en los estándares QPS.3.2 hasta QPS.3.22*). Para cada una de estas áreas, los directivos y responsables de áreas del establecimiento deciden:

- el proceso, procedimiento o resultado a medir;
- la disponibilidad de “ciencia” o “evidencia” que respalde la medida;
- el método de monitorización;
- el modo en que los indicadores se incorporan al plan o programa de calidad y la seguridad del paciente;

La identificación del proceso, procedimiento o del resultado a medir es el paso más importante. Es preciso que la selección se concentre en, por ejemplo: los puntos de riesgo en los procesos, los procedimientos que con frecuencia presentan problemas o se realizan con mucha frecuencia y los resultados que pueden definirse claramente y que están bajo el control de la unidad. Un establecimiento puede optar por medir un procedimiento quirúrgico en particular (por ejemplo, la reparación de un labio leporino) o una clase de procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, la atención tocoquirúrgica); asimismo, quizá desee medir el proceso empleado para seleccionar el procedimiento quirúrgico para la reparación del labio leporino y desee medir el proceso de alineación de prótesis en un procedimiento de artroplastía de cadera.

La frecuencia de la recolección de datos está asociada con la frecuencia con la cual se realiza el proceso o se lleva a cabo el procedimiento en particular, se necesitan datos suficientes de todos los casos o un muestreo de casos, para respaldar las conclusiones y las recomendaciones.

Cuando una medida (indicador) existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos o resultados, se diseñan nuevas medidas (indicadores). Cuando el desempeño que muestra un indicador presenta un cumplimiento sostenido de la meta establecida, la organización puede modificar la meta. Cuando un proceso ha sido mejorado al punto que satisface las expectativas del personal operativo y directivo y el desempeño que muestra el indicador del proceso se mantiene dentro de lo que la organización considera adecuado, ese indicador ya no formará parte de la mejora de la calidad sino del control de calidad, por lo que la organización deberá seleccionar otro proceso para mejorar. Por lo tanto, los indicadores, metas y procesos para mejorar la calidad están en constante cambio. El establecimiento debe contar con un historial documentado de los indicadores que ha medido y que se encuentran en control y en mejora de la calidad.

A fin de mejorar los procesos, resulta necesario determinar el método de monitorización, con el propósito de que las mediciones sean confiables y adecuadas a los procesos que se quieren mejorar y mantener en control. Las mediciones son la clave para comprender mejor o examinar profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos (*Ver QPS.4 hasta QPS.5*) puede dar como resultado estrategias para mejorar la calidad. La monitorización es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

QPS.3 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para mejorar procesos y resultados clínicos, de gestión y controlar la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de QPS.3

1. ***Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para controlar la correcta implementación y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.***
2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar los procesos clínicos.
3. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar los procesos de gestión.
4. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento tienen en cuenta las medidas de respaldo seleccionadas, como la evidencia científica.
5. La mejora y el control incluyen medidas relacionadas con procesos y resultados.
6. La mejora y el control forman parte del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
7. Los resultados de la mejora y control se comunican al mecanismo de supervisión y periódicamente a los directivos y responsables de las áreas del establecimiento

Estándar QPS.3.1 El método de monitorización es confiable y adecuado a los procesos que se quieren mejorar y controlar.

Elementos Medibles de QPS.3.1

1. La técnica para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
2. La herramienta seleccionada para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
3. La o las personas responsables de recolectar la información han sido capacitadas para llevar a cabo el proceso.
4. La frecuencia de la recolección de datos es adecuada al proceso seleccionado.
5. El alcance de la medición es adecuada al proceso seleccionado.

QPS.3.2 El control tiene como prioridad la correcta implementación y seguimiento de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Elementos Medibles de QPS.3.2

1. El control incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretenden mejorar.
3. Los datos se usan para controlar y evaluar la efectividad de las mejoras.

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO (QPS.3.3 – QPS.3.11)

QPS.3.3 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de sus familiares.*

Elementos Medibles de QPS.3.3

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.4 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la evaluación del paciente.*

Elementos Medibles de QPS.3.4

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.5 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *los servicios de laboratorio.*

Elementos Medibles de QPS.3.5

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.6 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.*

Elementos Medibles de QPS.3.6

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.7 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *los procedimientos quirúrgicos.*

Elementos Medibles de QPS.3.7

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.8 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el uso de medicamentos*.

Elementos Medibles de QPS.3.8

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.9 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *los errores de medicación y las cuasifallas en medicación*.

Elementos Medibles de QPS.3.9

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.10 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el empleo de anestesia y sedación*.

Elementos Medibles de QPS.3.10

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.11 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el uso de sangre y hemoderivados*.

Elementos Medibles de QPS.3.11

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.12 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el contenido y uso de los expedientes clínicos*.

Elementos Medibles de QPS.3.12

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.13 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la prevención, reducción y vigilancia de infecciones*.

Elementos Medibles de QPS.3.13

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN (QPS.3.14 – QPS.3.21)

QPS.3.14 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el abasto de insumos y medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente.*

Elementos Medibles de QPS.3.15

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.15 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la verificación de cumplimiento de una disposición legal, un reglamento o una Norma Oficial Mexicana en materia de salud, seguridad o higiene.*

Elementos Medibles de QPS.3.16

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.16 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la administración de riesgos (del personal, la instalación y del entorno de la organización).*

Elementos Medibles de QPS.3.17

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.17 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la planeación, organización, dirección y control de recursos.*

Elementos Medibles de QPS.3.18

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.18 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.*

Elementos Medibles de QPS.3.19

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.29 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *las expectativas y la satisfacción del personal.*

Elementos Medibles de QPS.3.20

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.20 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *los datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente.*

Elementos Medibles de QPS.3.21

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

QPS.3.21 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la administración financiera.*

Elementos Medibles de QPS.3.22

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificada en el estándar.
2. Los datos del indicador se usan para analizar las áreas que se pretenden mejorar.
3. El indicador seleccionado demuestra la mejora de la calidad.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Estándar QPS.4

El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupan y analizan sistemáticamente los datos en el establecimiento.

Propósito de QPS.4

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 podría 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 dichas personas a tomar 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.

Las gráficas de comportamiento, las de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para comprender las tendencias y las variaciones en los procesos y resultados.

Elementos Medibles de QPS.4

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

Estándar QPS.4.1

La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio y cumple con los requisitos del establecimiento.

Propósito de QPS.4.1

El establecimiento 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 (*Ver QPS.3*) y las prioridades de la organización. Por ejemplo, los datos de control de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales, y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agrupación y categorización de datos en determinados puntos en el tiempo permite al establecimiento juzgar la estabilidad de un proceso en particular o la predicción de un resultado en relación con las tendencias.

Elementos Medibles de QPS.4.1

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.

Estándar QPS.4.2

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

Propósito de QPS.4.2

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.4.2

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.5

Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento emplean un proceso definido para identificar y dar seguimiento a los eventos centinela.

Propósito de QPS.5

Cada organización establece una definición operativa de evento centinela que incluye al menos:

- 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; y
- d) muerte materna

La definición de evento centinela del establecimiento incluye los puntos a) hasta d) y puede incluir otros eventos si la organización lo estima adecuado para agregarlo a su lista. Todos los eventos reportados y conocidos que cumplen con la definición se evalúan mediante un análisis de causa-raíz. Cuando el resultado de este análisis revela que la aplicación de ciertas mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales eventos vuelvan a ocurrir, el establecimiento rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin.

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

Elementos Medibles de QPS.5

1. Se ha establecido una definición operativa de evento centinela que incluye al menos los siguientes puntos:
 - 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
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de todos los eventos centinela reportados y conocidos.
3. Los eventos se analizan cuando ocurren, esto es lo más pronto posible.
4. Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento toman medidas respecto a los resultados del análisis de las causas principales.

Estándar QPS.6

Se analizan a profundidad los datos cuando a partir de ellos se hacen evidentes tendencias y variaciones no deseadas.

Propósito de QPS.6

Ante una detección o sospecha de cambio no deseado respecto a lo esperado, inicia un intenso análisis para determinar dónde es mejor concentrar la mejora.

El análisis se inicia cuando en los indicadores de establecimiento se observan patrones o tendencias que varían significativamente y de manera no deseada respecto de:

- lo que se esperaba;
- los de otras organizaciones; o
- los estándares reconocidos.

Se realiza un análisis, al menos, para lo siguiente, con el propósito de identificar patrones y tendencias y además descartar o confirmar que el evento se haya debido a un error médico-:

- a) Todos los eventos adversos definidos por la organización.
- b) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
- c) Todos los reacciones adversas graves a medicamentos (Ver MMU.7)
- d) Todos los errores de medicación (Ver MMU.7.1).
- e) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- f) Reacciones adversas a la sedación o anestesia.
- g) Brotes de enfermedades infecciosas.

Elementos Medibles de QPS.6

1. **Se ha establecido una definición operativa de evento adverso y el tipo de eventos que deben reportarse.**
2. **Se cuenta con un proceso para reportar y analizar los eventos adversos.**
3. **Se analizan en su conjunto los eventos adversos con el propósito de identificar y analizar patrones y tendencias.**
4. Se analizan al menos los siguientes eventos adversos:
 - a) Todos los eventos adversos definidos por la organización.
 - b) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
 - c) Todos los reacciones adversas graves a medicamentos (Ver MMU.7)

- d) Todos los errores de medicación (Ver MMU.7.1).
- h) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- i) Reacciones adversas a la sedación o anestesia.
- j) Brotes de enfermedades infecciosas.

Estándar QPS.7

Se ha establecido un proceso para la identificación, reporte y análisis de las cuasifallas.

Propósito de QPS.7

Con el objetivo de aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema para la ocurrencia de eventos adversos, el **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente** recolecta datos e información sobre tales eventos considerados como “cuasifallas” y los evalúa en un esfuerzo por prevenir que ocurran. En primer lugar, se establece una definición operativa de las cuasifallas que contienen el tipo de eventos que deben reportarse (Ver MMU.7.1). En segundo lugar, se implementa un mecanismo de reporte, y finalmente existe un proceso para agrupar, categorizar y analizar los datos para aprender dónde los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían el evento adverso o la cuasifalla.

Elementos Medibles de QPS.7

1. Se ha establecido una definición operativa de cuasifalla que contiene el tipo de eventos que deben reportarse.
2. Se cuenta un proceso para reportar las cuasifallas.
3. Se analizan los datos y se toman medidas para reducir las cuasifallas.
4. Se ha capacitado al personal en la identificación y reporte de cuasifallas.

MEJORA

Estándar QPS.8

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

Propósito de QPS.8

El establecimiento emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos. Los resultados del control de calidad contribuyen a la identificación de dónde deben planificarse medidas correctivas. En particular, las mejoras se planifican para las áreas prioritarias de recolección de datos, identificadas por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento (Ver QPS.3.2 a QPS.3.21).

Elementos Medibles de QPS.8

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. El establecimiento documenta las medidas correctivas.

Estándar QPS.9

Se emprenden actividades de mejora de la calidad y seguridad para las áreas prioritarias que identificaron los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Propósito de QPS.9

El establecimiento utiliza recursos adecuados e involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planificación y realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez planificado, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planificado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora es 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 como parte de su plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de QPS.9

1. Las áreas de prioridad que identifican los directivos y responsables de las áreas del establecimiento se incluyen en las actividades de mejora.
2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
3. Los cambios se planifican y se prueban.
4. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
5. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
6. Se hacen cambios a la política a fin de planificar, llevar a cabo y sostener la mejora.
7. Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.

Estándar QPS.10

Se define e implementa un programa permanente de identificación y reducción de eventos adversos y riesgos inesperados de seguridad para los pacientes y el personal.

Propósito de QPS.10

Los establecimientos de atención médica necesitan adoptar un proceso proactivo para analizar los cuasifallas y demás procesos identificados como de alto riesgo, en los cuales un error podría dar como resultado un evento centinela. Una herramienta que facilita dicho análisis proactivo de las consecuencias de un evento que podría ocurrir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF). También puede identificar y usar herramientas similares para identificar y reducir riesgos, como un análisis de vulnerabilidad de riesgo.

Para usar en forma efectiva ésta u otras herramientas similares, ***es preciso que los directivos y responsables de áreas del establecimiento, adopten y aprendan el enfoque, se pongan de acuerdo sobre una lista de procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente, personal y las instalaciones, y que luego usen la herramienta proactiva en un proceso de riesgo prioritario.*** Luego del análisis de los resultados, toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso, el cual se lleva a cabo al menos una vez por año y se documenta.

Elementos Medibles de QPS.10

1. Se ejecuta sistemáticamente un proceso mediante el cual se identifican áreas de alto riesgo en términos de seguridad del paciente, personal e instalaciones.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento priorizan estos riesgos al menos una vez por año.
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.
4. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento toman medidas para rediseñar los procesos identificados como de alto riesgo basándose en el análisis.

PCI

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES *Prevention and Control of Infections*

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention And Control of Infections

PERSPECTIVA GENERAL

El objetivo del plan o programa de prevención y control de infecciones es identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, el personal (propio y subrogado), los voluntarios, los estudiantes y los visitantes.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden diferir de un establecimiento a otro, dependiendo de las actividades y servicios médicos que brinde, la o las poblaciones de pacientes que atiende, su ubicación geográfica, la infraestructura, el volumen de pacientes y la cantidad de empleados.

Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos sistemáticos para identificar y ocuparse de los riesgos de infección en forma proactiva, políticas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación en todo el establecimiento.

LIDERAZGO Y COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

Estándar PCI.1

Uno o más profesionales supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones, las cuales se encuentran calificadas mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.

Propósito de PCI.1

El plan o programa de prevención y control de infecciones cuenta con una supervisión adecuada al tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, la complejidad de las actividades y el alcance del programa. Uno o más profesionales proporcionan dicha supervisión como parte de sus responsabilidades asignadas o por la descripción de su(s) puesto(s). Su competencia depende de las actividades que realizarán y podrá obtenerse a través de:

- educación;
- capacitación;
- experiencia; y
- certificación o habilitación.

Elementos Medibles de PCI.1

1. *Se cuenta con una Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de acuerdo a los recursos del hospital y de acuerdo a la normatividad vigente.*
2. *La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria supervisa el Programa de Control y Reducción de Infecciones Nosocomiales.*
3. Los profesionales están calificados técnicamente de acuerdo con el tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, el alcance y la complejidad del programa.
4. Los profesionales cumplen con las responsabilidades de supervisión tal como están asignadas o establecidas en una descripción o perfil del puesto.

Estándar PCI.2

Se asegura que en el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) participan entre otros, personal médico, de enfermería, técnicos de laboratorio y demás personal corresponsable de la seguridad del paciente en el establecimiento.

Propósito de PCI.2

Las actividades de prevención y control de infecciones involucran a todas las áreas del establecimiento de atención médica, por lo tanto involucran a personas en múltiples áreas y servicios, por ejemplo en servicios clínicos, mantenimiento de la instalación, servicios de alimentación, limpieza, laboratorio, farmacia y central de esterilización. Existe un mecanismo diseñado para coordinar el programa de manera integral a través del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), sus responsabilidades incluyen, entre otras: la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, el establecimiento 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. La coordinación implica comunicarse con todas las áreas del establecimiento para garantizar que el programa sea continuo y proactivo.

Elementos Medibles de PCI.2

1. Existe un mecanismo diseñado para la coordinación del plan o programa de prevención y control de infecciones.
2. *La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria está constituida por el siguiente personal: epidemiólogo, infectólogo, enfermera en salud pública, jefe de enfermería del hospital o jefes de área o piso y personal de laboratorio y cuando es necesario, participa otro personal paramédico y administrativo*
3. *El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales supervisa mensualmente y evalúa semestralmente, las actividades vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones y se toman las medidas de ajuste y control con base a los reportes emitidos.*

Estándar PCI.3

El plan o programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, las guías de práctica clínica y las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Propósito de PCI.3

La información es esencial para un plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales. La información científica actual es necesaria para comprender e implementar actividades efectivas de vigilancia, prevención y control, ésta puede provenir de muchas fuentes, tanto nacionales como internacionales; por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica guías para el lavado de manos.

Las guías y lineamientos de práctica clínica proporcionan información sobre actividades preventivas e infecciones asociadas al cuidado de la salud. Las leyes, reglamentos y normas correspondientes definen elementos del programa básico, la respuesta ante brotes de enfermedades infecciosas y todos los requisitos del informe que se debe presentar.

Elementos Medibles de PCI.3

1. El plan o programa de prevención y control infecciones se basa en el conocimiento científico actual.
2. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en guías de práctica clínica.
3. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar PCI.4

Los directivos y responsables de área del establecimiento proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de control de infecciones.

Propósito de PCI.4

El plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales requiere contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos del programa y las necesidades del establecimiento, según sean determinados por el mecanismo de supervisión y aprobados por los directivos del establecimiento.

La implementación del plan o programa necesita recursos para proporcionar educación a todo el personal e insumos, como soluciones antisépticas o desinfectantes con base de alcohol para la higiene de las manos. Los directivos y responsables de área del establecimiento, se aseguran de que el programa cuente con los recursos adecuados para llevarlo a cabo en forma efectiva.

Los sistemas de información son un recurso importante para respaldar el seguimiento de riesgos, tasas y tendencias en infecciones asociadas a la atención médica. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados; los cuales se integran al plan o del programa de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.4

1. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento asignan a personal competente y suficiente para implementar el plan o programa de prevención y control de infecciones.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento asignan los recursos necesarios para implementar el plan o programa de prevención y control de infecciones.
3. El Sistema de Información respalda el plan o programa de prevención y control de infecciones. Se asegura el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones.

ENFOQUE DEL PROGRAMA**Estándar PCI.5**




El establecimiento diseña e implementa un plan o programa integral para reducir los riesgos de infecciones

Propósito de PCI.5

Para que el plan o programa de prevención y control de infecciones sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los empleados; por lo tanto, el programa identifica y atiende los problemas de infección que son importantes, desde el punto de vista epidemiológico, para el establecimiento; además, el plan o programa se adecuan al tamaño y a la ubicación geográfica del establecimiento, a sus servicios y pacientes y a los estándares señalados en las políticas nacionales de salud.

El plan o programa incluye la búsqueda intencionada de infecciones, la monitorización de las mismas y la investigación de brotes de enfermedades infecciosas. Existen políticas y procedimientos que guían el programa, en cuanto a: la evaluación periódica de los riesgos y la implementación de objetivos de reducción de riesgos.

Elementos Medibles de PCI.5

1. Existe un plan o programa para la prevención y control de infecciones en los pacientes. 
2. Existe un plan o programa para la prevención y control de infecciones en los profesionales de la salud. 
3. El programa o plan incluye actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección.
4. El plan o programa incluye la investigación brotes de enfermedades infecciosas.
5. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el programa o plan.
6. Los objetivos y metas para la reducción de riesgos, se definen y se revisan regularmente. 
7. El programa o plan se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, sus servicios y pacientes.

Estándar PCI.5.1

Todas las áreas de afluencia y permanencia de pacientes, familiares, personal y visitantes del establecimiento están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.

Propósito de PCI.5.1

Las infecciones pueden entrar al establecimiento a través de los pacientes, las familias, el personal, los voluntarios, los visitantes u otras personas, como visitantes médicos. Por consiguiente, deben incluirse en el plan o programa prevención y control de infecciones todas las áreas del establecimiento donde se encuentren y circulen estas personas.

Elementos Medibles de PCI.5.1

1. Todas las áreas del establecimiento donde se brinde atención a pacientes, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.
2. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están incluidas en el programa o plan para la prevención y control de infecciones.

Estándar PCI.6

La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.

Propósito de PCI.6

Cada establecimiento de atención médica debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, y los dispositivos y procedimientos asociados que proporcionarán el foco de atención de los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

El establecimiento tiene en cuenta las infecciones 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 organismos más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; e
- infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de PCI.6

1. La organización estableció prioridades de atención en el plan o programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones.
2. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
3. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
4. Los dispositivos invasivos e intravasculares se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
5. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioritarias para el establecimiento.
6. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioritarios para el establecimiento y su comunidad.
7. Las infecciones emergentes o recurrentes se incluyen como prioritarias para el establecimiento y su comunidad.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar PCI.7**

El establecimiento identifica los procesos y procedimientos asociados a riesgo de infección e implementa estrategias para reducirlos.

Propósito de PCI.7

Los establecimientos de atención médica evalúan y atienden a los pacientes empleando procesos simples y complejos, cada uno de ellos asociado a un nivel de riesgo de infección para los pacientes y el personal; por lo tanto, es importante que se revisen y controlen estos procesos y, según corresponda, se implementen las políticas, procedimientos, capacitación y demás actividades necesarias para reducir el riesgo de infección.

Elementos Medibles de PCI.7

1. El establecimiento identifica los procesos asociados a riesgo de infección.
2. El establecimiento implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos.
3. El establecimiento identifica los riesgos (Ver PCI.7.1 hasta PCI.7.5) que requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades, para apoyar la reducción de riesgos.
4. **Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.**

Estándar PCI.7.1

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones asegurando la higiene y esterilización adecuadas del equipo, así como el debido manejo de la ropa sucia y la ropa de cama.

Propósito de PCI.7.1

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de limpieza, desinfección y esterilización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás equipos para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, desinfección y esterilización pueden darse en un área de esterilización centralizada o en otras áreas del establecimiento, tales como clínicas de endoscopia, con la correspondiente supervisión. Además, el manejo correcto de la ropa sucia y la ropa de cama puede dar como resultado una reducción de la contaminación de la ropa de cama limpia y del riesgo de infección para el personal.

El riesgo de infección aumenta con la reutilización de material y dispositivos desechables, por lo que debe existir una política que guíe dicha práctica. La política coincide con lo establecido en la normatividad correspondiente, e incluye la identificación de:

- a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;
- b) el número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar;
- c) los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;
- d) los procesos de limpieza de dispositivos, por ejemplo, la limpieza que debe comenzar inmediatamente después del uso, cuando se utiliza una técnica o protocolo específico para la limpieza; entre otros, y
- e) el proceso de recolección, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.

Elementos Medibles de PCI.7.1

1. Los métodos de limpieza y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
2. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
3. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos y materiales desechables, existe una política que incluye los siguientes puntos, y se implementa la política:
 - a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;
 - b) el número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar;
 - c) los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;
 - d) los procesos de limpieza de dispositivos, por ejemplo, la limpieza que debe comenzar inmediatamente después del uso, cuando se utiliza una técnica o protocolo específico para la limpieza; entre otros, y
 - e) el proceso de recolección, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.
4. El manejo de la ropa sucia y la ropa de cama es adecuado para minimizar riesgos para el personal y los pacientes.
5. Existe un proceso coordinado de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en todo el establecimiento.
6. **Hay políticas y procedimientos que guían la reparación y/o renovación de equipo especializado e instrumental en la Central de Esterilización y Equipos.**

Estándar PCI.7.2

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones mediante el desecho adecuado de residuos peligrosos biológico infecciosos.

Propósito de PCI.7.2

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 y transporte externo) contribuye a la reducción del riesgo de infecciones en el establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.7.2

1. El desecho de residuos peligrosos biológico infecciosos se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.
2. El manejo y desecho de sangre y hemoderivados se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.
3. La operación del área de depósito de cadáveres y autopsias se maneja a modo de minimizar el riesgo de contagio.

Estándar PCI.7.3

El establecimiento cuenta con una política y un procedimiento para desechar objetos punzocortantes y agujas.

Propósito de PCI.7.3

El desecho incorrecto de objetos punzocortantes y agujas representa un importante desafío de seguridad para el personal. El establecimiento garantiza que haya implementada una política que se ocupe debidamente de todos los pasos del proceso, desde el tipo de recipientes y su uso, el desecho de los recipientes y la vigilancia del proceso de desecho.

Elementos Medibles de PCI.7.3

1. Los objetos punzocortantes y las agujas se desechan en recipientes rojos rígidos herméticos, a prueba de perforaciones que no vuelven a usarse.
2. El personal del hospital desecha los objetos punzocortantes y las agujas en forma segura.
3. El desecho de objetos punzocortantes y agujas cumple con las políticas de control de infecciones del establecimiento.
4. El establecimiento garantiza que el destino final de estos desechos cumpla con la normatividad correspondiente.

Estándar PCI.7.4

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones en la instalación asociadas con el funcionamiento del servicio de alimentación y de los controles mecánicos y de ingeniería.

Propósito de PCI.7.4

Los controles de ingeniería, por ejemplo, los sistemas de ventilación, los equipos de protección contra riesgos biológicos en laboratorios, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, son ejemplos del importante rol que cumplen los estándares y controles del entorno que contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección en el establecimiento.

Elementos Medibles de PCI.7.4

1. Los controles de ingeniería se implementan, según sea adecuado, para minimizar el riesgo de infección en las áreas del establecimiento.
2. La higiene de la cocina, la preparación y manipulación de alimentos son adecuadas para minimizar el riesgo de infección.
3. *Se realiza sistemáticamente el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos*
4. *Se realiza sistemáticamente el control microbiológico de alimentos de acuerdo a la normatividad vigente.*
5. *Si el agua potable procede de la red pública, se efectúan controles del nivel de cloración, de acuerdo a la normatividad vigente.*

Estándar PCI.7.5

El establecimiento reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o adecuación de sus espacios.

Propósito de PCI.7.5

Al planificar una demolición, una construcción o adecuación estructural, el establecimiento emplea criterios de riesgo que se ocupan del impacto sobre los requisitos de calidad del aire, el control de infecciones, los requisitos de los servicios públicos, el ruido, la vibración y los procedimientos de urgencia.

Elementos Medibles de PCI.7.5

1. El establecimiento emplea criterios para evaluar el impacto de una demolición, una construcción o adecuación estructural.
2. Se evalúan y manejan los riesgos y el impacto de una demolición, una construcción o adecuación estructural sobre la calidad del aire y las actividades de control de infecciones.

PROCEDIMIENTOS DE AISLAMIENTO

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar PCI.8**

El establecimiento cuenta con precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, visitantes y personal contra las enfermedades contagiosas, y protegen a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones.

Propósito de PCI.8

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que establecen los métodos de aislamiento y de barrera, los cuales se basan en el método para evitar el contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido. Los procedimientos de aislamiento se ocupan de evitar el contagio de enfermedades, la protección del personal y de los visitantes, del entorno del paciente y de la limpieza de la habitación durante la estadía del paciente y una vez que es dado de alta.

Elementos Medibles

1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas, son aislados conforme las normas y las guías de práctica clínica recomendadas.
2. Las políticas y procedimientos se ocupan del aislamiento de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto. 📄
3. **Se protege a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones.**
4. Se cuenta con una estrategia para manejar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
5. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos.

TÉCNICAS DE BARRERA E HIGIENE DE LAS MANOS

Estándar PCI.9

El establecimiento cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para aplicar correctamente las medidas de protección universales y llevar a cabo la higiene de manos.

Propósito de PCI.9

La higiene de las manos, las técnicas de barrera y los agentes de desinfección son herramientas fundamentales para la prevención y control de infecciones. El establecimiento identifica aquellas situaciones en las que se necesitan cubrebocas, protección ocular, batas y/o guantes, e imparte capacitación para usarlos correctamente. Los lavabos, jabón, los desinfectantes y las sanitas u otros medios de secado se encuentran en las áreas donde es necesario llevar a cabo procedimientos de lavado y desinfección de manos. El establecimiento adopta los lineamientos para la higiene de las manos, las publica en los lugares adecuados y el personal recibe capacitación sobre la forma correcta de lavarse las manos, de desinfectarlas y sobre procedimientos de desinfección de superficies.

Elementos Medibles de PCI.9

1. El establecimiento identifica las situaciones en las que es preciso usar guantes, cubrebocas y/o protección ocular.
2. Los guantes, cubrebocas y/o protección ocular se usan correctamente en dichas situaciones.
3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta los lineamientos basados en la evidencia para la higiene de las manos.

INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA CON LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estándar PCI.10

El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Estándar PCI.10.1

El establecimiento rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención médica.

Estándar PCI.10.2

La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados la prevención y reducción infecciones, que son importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.

Estándar PCI.10.3

El establecimiento emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones nosocomiales hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Estándar PCI.10.4

El establecimiento compara sus tasas de infecciones con las de otras organizaciones.

Estándar PCI.10.5

Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los directivos y al personal operativo.

Estándar PCI.10.6

El establecimiento notifica las infecciones a la autoridad sanitaria correspondiente.

Propósito de PCI.10 hasta PCI.10.6

El proceso de control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y las demás personas. A fin de alcanzar este objetivo, el establecimiento debe controlar y rastrear, en forma intencionada, los riesgos, las tasas y las tendencias presentes en las infecciones, para lo cual utiliza la información para mejorar las actividades de prevención, control y reducción de las tasas de infecciones a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que puede usar los datos y la información de control es comprendiendo las tasas y tendencias en otras organizaciones similares.

PCI.10 El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de PCI.10

1. La prevención y control de infecciones forman parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. (Ver QPS.3.11)
2. Los responsables del plan o programa de calidad y seguridad del paciente participan en la supervisión del plan o programa de prevención y control de infecciones.

PCI.10.1 El establecimiento rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención médica.

Elementos Medibles de PCI.10.1

1. Se rastrean los riesgos de infecciones asociadas con la atención médica.
2. Se rastrean las tasas de infecciones asociadas con la atención médica.
3. Se rastrean las tendencias de infecciones asociadas con la atención médica.

PCI.10.2 La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados con la prevención y reducción infecciones que son importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.

Elementos Medibles de PCI.10.2

1. La vigilancia emplea indicadores de prevención y reducción de infecciones.
2. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.

PCI.10.3 El establecimiento emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones nosocomiales hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Elementos Medibles de PCI.10.3

1. Se rediseñan los procesos basándose en los datos e información sobre los riesgos, las tasas y las tendencias.
2. Se rediseñan los procesos a fin de reducir al mínimo posible los riesgos de infección.

PCI.10.4 El establecimiento compara sus tasas de infecciones con las de otras organizaciones.

Elementos Medibles de PCI.10.4

1. Las tasas de infecciones nosocomiales se comparan con las tasas de otras organizaciones. (Ver QPS.4.2, EM 2 y MCI.20.3, EM 3)
2. El establecimiento compara sus tasas con las mejores prácticas y la evidencia científica.

PCI.10.5 Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los directivos y al personal operativo.

Elementos Medibles de PCI.10.5

1. Se comunican formalmente los resultados del control al personal médico.
2. Se comunican formalmente los resultados del control al personal de enfermería.
3. Se comunican formalmente los resultados del control al cuerpo de gobierno.

PCI.10.6 El establecimiento notifica las infecciones a la autoridad sanitaria correspondiente.

Elementos Medibles de PCI.10.6

1. *Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones nosocomiales, de acuerdo a la normatividad vigente.*
2. El establecimiento toma las debidas acciones en cuanto a medidas provenientes de la autoridad correspondiente.

EDUCACIÓN DEL PERSONAL ACERCA DEL PROGRAMA

Estándar PCI.11

El establecimiento imparte educación sobre prácticas de control de infecciones a los médicos, pacientes y, según corresponda, a los familiares y demás cuidadores.

Propósito de PCI.11

Para que un establecimiento tenga un programa efectivo de prevención y control de infecciones debe capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio en las políticas, procedimientos y prácticas. El programa de capacitación incluye personal clínico, no clínico, pacientes, familiares, proveedores y demás visitantes. Se exhorta a los pacientes y familiares a participar en la implementación y empleo de las prácticas de prevención y control de infecciones. La capacitación considera los hallazgos y las tendencias provenientes de las actividades de control.

Elementos Medibles de PCI.11

1. El establecimiento proporciona educación sobre la prevención y el control de infecciones.
2. Están incluidos en el programa el personal clínico y no clínico.
3. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde de acuerdo a las necesidades y el estado del paciente.
4. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones.
5. La educación periódica del personal incluye nuevas políticas y procedimientos.
6. La educación periódica del personal responde a las tendencias relevantes de los datos sobre infecciones.

GLD

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN
Governance, Leadership and Direction

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership, and Direction

PERSPECTIVA GENERAL

Brindar una atención segura y con buena calidad al paciente requiere de un liderazgo efectivo, el cual proviene de varias fuentes dentro de un establecimiento de atención médica, incluidos los directivos, responsables de área y otras personas que ocupen puestos de dirección, responsabilidad y confianza. Se debe identificar a estas personas e involucrarlas para asegurar un liderazgo efectivo para la comunidad y para sus pacientes.

Los directivos y responsables de área deben identificar la misión del establecimiento y asegurarse de contar con los recursos necesarios para cumplirla. En muchos casos, esto no implica invertir más recursos, sino utilizar en forma más eficiente los ya existentes, aunque sean escasos. Además, los directivos y responsables de área deben trabajar juntos para coordinar e integrar todas las actividades diseñadas para mejorar la atención al paciente y los servicios clínicos.

El liderazgo efectivo comienza con la comprensión de las responsabilidades, la autoridad de las personas y la forma en que estas personas trabajan juntas. Quienes gobiernan, administran y conducen un establecimiento, tienen autoridad y responsabilidad; colectiva e individualmente; son responsables de cumplir con las leyes, reglamentos y normas vigentes, así como de cumplir con la responsabilidad del establecimiento para con la población de pacientes que atiende.

Con el tiempo, el liderazgo efectivo ayuda a superar las barreras percibidas y los problemas de comunicación entre los departamentos y servicios dentro del hospital. Los servicios se vuelven más integrados; en particular, la integración de todas las actividades de gestión y mejora de la calidad genera mejores resultados para los pacientes.

GOBIERNO DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.1





Las responsabilidades del gobierno del establecimiento se describen en los estatutos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.

Propósito de GLD.1

El gobierno del establecimiento, sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o dueño es responsable de supervisar el funcionamiento del hospital y de proveer servicios de salud de buena calidad a su comunidad o a la población que busca la atención. Las responsabilidades del gobierno y de los directivos se describen en un documento que además señala cómo será evaluado su desempeño con criterios específicos.

El gobierno y la estructura directiva se identifican en un organigrama o en otro documento que muestre las líneas de autoridad y de rendición de cuentas.

Elementos Medibles de GLD.1

1. Está documentada la estructura del gobierno del establecimiento. 
2. En los documentos se describen las responsabilidades del gobierno del establecimiento. 
3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño, bajo criterios específicos. 
4. Hay al menos una evaluación documentada del desempeño del director o gerente realizada por el gobierno del establecimiento.
5. Hay al menos una evaluación documentada del desempeño de los directivos del establecimiento.
6. Se cuenta con un organigrama del establecimiento. 
7. El gobierno del establecimiento y la estructura directiva están identificados por cargo o por nombre.

Estándar GLD.1.1

El gobierno del establecimiento aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital.

Estándar GLD.1.2

El gobierno del establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento del hospital.

Estándar GLD.1.3

El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Estándar GLD.1.4

El gobierno del establecimiento nombra al director o gerente general del hospital.

Estándar GLD.1.5

El gobierno del establecimiento colabora con los directivos del hospital.

Estándar GLD.1.6

El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones periódicamente basándose en los informes que se les presentan.

Propósito de GLD.1.1 hasta GLD.1.6

La prioridad para el gobierno del establecimiento es lograr que la organización tenga un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios de buena calidad. Por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión del establecimiento;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los planes o programas estratégicos y de gestión; y de las políticas y procedimientos necesarios para el funcionamiento diario del establecimiento;
- la aprobación de la participación del establecimiento 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 al establecimiento; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores del establecimiento.

El gobierno del establecimiento desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos del hospital, con el objetivo de dar seguimiento a los planes y programas y cumplir con la misión.

GLD.1.1 El gobierno del establecimiento aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital.**Elementos Medibles de GLD.1.1**

1. El gobierno del establecimiento aprueba la misión del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento garantiza la revisión periódica de la misión del establecimiento.
3. Los responsables del gobierno del establecimiento hacen pública de la misión del establecimiento.

GLD.1.2 El gobierno de establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento del hospital.**Elementos Medibles de GLD.1.2**

1. El gobierno del establecimiento aprueba los planes y programas de gestión, así como las políticas y procedimientos para el funcionamiento del establecimiento.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en las políticas y procedimientos del gobierno del establecimiento.
3. El gobierno del establecimiento aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo supervisan la calidad de dichos programas.

GLD.1.3 El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.**Elementos Medibles de GLD.1.3**

1. El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto para el funcionamiento del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión del establecimiento.

GLD.1.4 El gobierno del establecimiento nombra al director o al gerente general del hospital.**Elementos Medibles de GLD.1.4**

1. El gobierno del establecimiento designa al director o gerente general del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento evalúa el desempeño del director o gerente general del establecimiento.

GLD.1.5 El gobierno del establecimiento colabora con los directivos del hospital.**Elementos Medibles de GLD.1.5**

1. El gobierno del establecimiento se comunica con los directivos.
2. El gobierno del establecimiento coopera con los directivos.

GLD.1.6 El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones periódicamente basándose en los informes que se les presentan.

Elementos Medibles de GLD.1.6

1. El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y la seguridad del paciente.
2. El gobierno del establecimiento recibe periódicamente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente, y toma medidas basándose en los mismos.

LIDERAZGO DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.2

Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar al establecimiento y de cumplir las leyes, reglamentos y normatividad aplicable.

Propósito de GLD.2

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El director o gerente general es responsable del funcionamiento diario del hospital, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera y la gestión de calidad. 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 planificar las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a tal misión; una vez aprobadas, el director o gerente general, es responsable de la implementación de todas y de asegurar que el personal las cumpla.

Además, el director o general será responsable de:

- el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y
- los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

Elementos Medibles de GLD.2

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del hospital.
2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la normatividad y reglamentación vigente.
3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno del establecimiento.
4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas aprobadas.
5. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.
6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos

Estándar GLD.3

Los líderes del establecimiento están identificados y son responsables, colectivamente, del cumplimiento de la misión.

Propósito de GLD.3

Los líderes de una organización pueden ser formales, como Director Médico o Jefa de Enfermería, o ser informales, debido a su reconocimiento por su antigüedad, su importancia o su contribución al establecimiento. Es importante que

todos los líderes sean reconocidos e incluidos en el proceso de definición de la misión, para luego, elaborar los planes y políticas necesarias para cumplirla. (Ver ACC.1, EM 2 y 3)

Elementos Medibles de GLD.3

1. Los líderes del establecimiento están formal o informalmente identificados.
2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de la definición de la misión del establecimiento.
3. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
4. Los líderes trabajan en colaboración para llevar a cabo la misión del establecimiento y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos aprobados.

Estándar GLD.3.1

Los líderes de la organización desarrollan planes con líderes de la comunidad y de otras organizaciones para cubrir las necesidades de atención médica de su comunidad.

Propósito de GLD.3.1

La misión de un hospital refleja la cobertura de las necesidades de su comunidad y de la población de pacientes que atiende dentro del área geográfica de influencia. Las necesidades de los pacientes suelen cambiar con el tiempo y, por consiguiente, es preciso que los líderes de la organización involucren a sus comunidades en su planificación estratégica y operativa, esto se logra mediante la búsqueda de opiniones o aportes, individuales o colectivo, a través de grupos asesores o grupos de trabajo. Por consiguiente, es importante que los líderes de la organización se articulen con líderes reconocidos de la comunidad y de otros establecimientos para elaborar planes en conjunto. Los líderes de la organización reconocen su responsabilidad para mejorar la salud en su comunidad. (Ver MCI.1.1, EM 3)

Elementos Medibles de GLD.3.1

1. Los líderes de la organización hacen planes con líderes reconocidos de la comunidad.
2. Los líderes de la organización hacen planes con líderes de otras organizaciones de atención médica de su comunidad.
3. Los líderes de la organización toman en cuenta las aportaciones de sus grupos de interés (stakeholders), como parte de su planificación estratégica y operativa.
4. El establecimiento participa en la educación de la comunidad sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Estándar GLD.3.2

Los líderes de la organización identifican y planifican el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende el establecimiento.

Propósito de GLD.3.2

Los servicios de atención al paciente se planifican y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes que atienden. Los planes del establecimiento describen la atención y los servicios que se proporcionarán, conforme a su misión. Los responsables de las áreas y servicios clínicos del establecimiento 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 el establecimiento, directa o indirectamente.

Los servicios planificados reflejan la dirección estratégica del establecimiento y la perspectiva de los pacientes que atienden. Cuando un establecimiento utiliza tecnología y/o productos farmacéuticos “experimentales” en procedimientos de atención a pacientes (ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación anteceda su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado especial del paciente.

Elementos Medibles de GLD.3.2

1. Los planes del establecimiento describen la atención y los servicios que se proporcionarán.
2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión del establecimiento.

3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará el establecimiento.
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. 📄

Estándar GLD.3.2.1

Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

Propósito de GLD.3.2.1

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente cierto 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 establecimiento entiende los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planificados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Elementos Medibles de GLD.3.2.1

1. El establecimiento 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 planificados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.

Estándar GLD.3.3

Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.

Propósito de GLD.3.3

Los establecimientos proporcionan servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico, limpieza, vigilancia y cocina, en cuyo caso, debe existir un contrato que especifique los requerimientos de calidad de dicho servicio y una supervisión adecuada (técnica y directiva) a fin de asegurar que se cubran las necesidades del paciente como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del establecimiento. Algunas fuentes que habitualmente se consideran para la definición de requerimientos de calidad son: la normatividad vigente, las guías y lineamientos, las políticas y programas del establecimiento, así como términos de referencia técnica.

Los directivos y responsables de áreas o servicios reciben informes de la calidad de los servicios subrogados y toman decisiones basándose en los mismos; asimismo, se aseguran de que los informes se incorporen al proceso de control de calidad del establecimiento, cuando corresponda. (Ver ACC.4.1, ME 2; ACC.6; ACC.6.2; MMU.5.3 EM4; ASC.1 EM4, SAD.1.8; SAD.2.9)

Elementos Medibles de GLD.3.3

1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte de los directivos y responsables de áreas técnicas correspondientes. 📄
2. Los servicios subrogados cubren las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios subrogados se controlan como parte del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
4. Los directivos y responsables de áreas reciben informes de calidad de los servicios subrogados y toman medidas basándose en los mismos.
5. Todos los servicios subrogados, cuentan con la autorización del establecimiento para ser prestados, dicha autorización se basa en cláusulas de calidad para la prestación de servicios.

Estándar GLD.3.4

Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación activa en el proceso.

Propósito de GLD.3.4

El principal propósito de un establecimiento 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: *(Ver QPS.1.5, SQE.11, SQE.14 y SQE.17)*

- 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; y
- garantizar que el control clínico incluya oportunidades para controlar a su vez el desempeño profesional.

Elementos Medibles de GLD.3.4

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El desempeño profesional se controla como parte del control clínico.

Estándar GLD.3.5

Los directivos del establecimiento aseguran que haya programas estandarizados para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

Propósito de GLD.3.5

La capacidad de un establecimiento 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, planifican e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de GLD.3.5

1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal.
2. Existe un proceso planificado para la retención del personal.
3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la educación continua del personal.
4. La planificación se hace en colaboración, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

Estándar GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

Propósito de GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con el establecimiento. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales;
- planifican y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;
- aseguran la práctica ética de sus profesiones; y
- supervisan la calidad de la atención al paciente.

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. La estructura puede estar sumamente organizada con estatutos, reglas y reglamentaciones, estar constituida de manera informal. En general, la estructuras:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura del establecimiento;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional del establecimiento; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos Medibles de GLD.4

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad del establecimiento.
3. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

Estándar GLD.5

Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio del establecimiento.

Propósito de GLD.5

Los resultados de un establecimiento de atención médica se relacionan directamente con el desempeño de cada uno de sus servicios clínicos y departamentos administrativos; por lo tanto una organización será tan buena como lo sean cada uno de sus servicios o áreas por separado. 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. (Ver ACC.6.1, ASC.2, SAD.1.9; SAD.2.7; MMU.1.1)

Elementos Medibles de GLD.5

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio del establecimiento.
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades y nombramiento de cada una.

Estándar GLD.5.1

Los responsables de cada área clínica identifican por escrito los servicios que proporcionará su área.

Estándar GLD.5.1.1

Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios del establecimiento.

Propósito de GLD.5.1 Y GLD.5.1.1

Los responsables de áreas clínicas del establecimiento colaboran para determinar el formato y contenido uniformes de los documentos de planificación específica sus áreas, conteniendo como mínimo: objetivos, políticas, procedimientos y los servicios actuales y planificados, así como el conocimiento, las destrezas y la disponibilidad del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

Los servicios clínicos prestados a los pacientes se coordinan e integran dentro de cada área o servicio; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otras áreas y servicios, por ejemplo, el servicio de ginecobstetricia se coordina con el servicio de nutrición y con el de pediatría; con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos.

GLD.5.1 Los responsables de cada área clínica identifican, por escrito, los servicios que proporcionará su área.

Elementos Medibles de GLD.5.1

1. Los responsables de cada área o servicio seleccionan y emplean un formato y contenido uniformes para planificar servicios.
2. Los documentos del área o servicio describen los servicios actuales y planificados que proporcionan.
3. Las políticas y procedimientos de cada área o servicio guían la prestación de servicios identificados.
4. Las políticas y procedimientos de cada área o servicio definen del conocimiento y las destrezas del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

GLD.5.1.1 Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios del establecimiento

Elementos Medibles de GLD.5.1.1

1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.
2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.

Estándar GLD.5.2

Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

Propósito de GLD.5.2

Los responsables de cada área comunican a los directivos del establecimiento los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse que el personal, espacio, equipo y demás recursos necesarios sean adecuados y estén disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si bien, los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de GLD.5.2

1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

Estándar GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios.

Propósito de GLD.5.3

Los responsables de cada área o servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planificados, así como la capacitación, educación, destrezas, conocimiento y experiencia que deben tener el personal profesional para prestar dichos servicios. Los responsables de cada área o servicio elaboran criterios que reflejan esta consideración para luego seleccionar personal. Puede que los responsables de área trabajen también con Recursos Humanos u otros departamentos en el proceso de selección.

Elementos Medibles de GLD.5.3

1. El responsable de cada área o servicio elabora criterios relacionados con la educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas.
2. El responsable de cada área o servicio emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.

Estándar GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades.

Propósito de GLD.5.4

Los responsables de cada área o servicio aseguran que todo el personal de las áreas comprenda sus responsabilidades y establecen la inducción y capacitación para los nuevos trabajadores. La inducción incluye la misión del establecimiento, la misión del área o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la prestación de servicios; por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos de prevención y control de infecciones dentro del establecimiento y dentro del área o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o rediseñados, el personal recibe la capacitación pertinente. (Ver *SQE.7; SAD.1.1, EM 5; SAD.2.2, EM 6 y PCI.11, EM 4*)

Elementos Medibles de GLD.5.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.
2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.

Estándar GLD.5.5

Los responsables de áreas controlan sus servicios y el desempeño del personal.

Propósito de GLD.5.5

Una de las responsabilidades más importantes del encargado de un área o servicio es la implementación del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento dentro de su ámbito de competencia.

Dicha implementación está dirigida por:

- a) las prioridades de control y mejora del establecimiento relacionadas con el área o servicio;
- b) la evaluación de los servicios prestados a través de encuestas al paciente y análisis de quejas;
- c) la necesidad de entender la eficiencia y la relación costo-efectividad de los servicios prestados; y
- d) el control de los servicios subrogados. (Ver *GLD.3.3*)

Los directivos y los responsables de cada área o servicio son responsables de asegurar que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente incluye todos los servicios prestados.

Elementos Medibles de GLD.5.5

1. Los responsables de cada área o servicio 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:
 - a) las prioridades de control y mejora del establecimiento relacionadas con el área o servicio;
 - b) la evaluación de los servicios prestados a través de encuestas al paciente y análisis de quejas;
 - c) la necesidad de entender la eficiencia y la relación costo-efectividad de los servicios prestados; y
 - d) el control de los servicios subrogados.
2. Los responsables de cada área o servicio implementan controles de calidad relacionados con el desempeño del personal, en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades.
3. Los responsables de cada área o servicio implementan, en su ámbito de competencia, el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
4. Se proporciona a los responsables de cada área o servicio los datos y la información que necesitan para manejar y mejorar la atención y los servicios.
5. Las actividades de mejora y control de la calidad de un área o servicio se informan periódicamente ante el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

ÉTICA DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar GLD.6

El establecimiento define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

Estándar GLD.6.1

El marco del establecimiento para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Estándar GLD.6.2

El marco del establecimiento para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Propósito de GLD.6 hasta GLD.6.2

Un establecimiento 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.

El establecimiento funciona dentro de este marco para:

- divulgar la propiedad y 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 también respalda al personal profesional del establecimiento y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente, como por ejemplo: decisiones relacionadas con donaciones y trasplantes, desacuerdos entre los pacientes y sus familias, y entre pacientes y sus prestadores de atención respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

La organización cuenta con un **Comité Hospitalario de Bioética** que realiza las siguientes funciones:



- Resolver los problemas derivados de la atención médica
- Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud
- Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica

El comité se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo a lo establecido en el Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud.

La organización cuenta con un **Comité de Bioseguridad** encargado de determinar y normar al interior del establecimiento el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en las disposiciones jurídicas aplicables.

GLD.6 El establecimiento 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.

Elementos Medibles de GLD.6

1. Los directivos definen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos (Ver PFR.1). 
2. Los directivos establecen un marco para el manejo ético del establecimiento. 
3. *El Comité Hospitalario de Bioética está conformado según la normatividad vigente y lleva a cabo sus funciones.*
4. *El Comité Hospitalario de Bioseguridad está conformado según la normatividad vigente lleva a cabo sus funciones.*

GLD.6.1 El marco del establecimiento 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.

Elementos Medibles de GLD.6.1

1. El establecimiento divulga quién o quiénes son sus propietarios.
2. El establecimiento describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. El establecimiento ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. El establecimiento factura sus servicios con precisión.
5. El establecimiento resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

GLD.6.2 El marco del establecimiento para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Elementos Medibles de GLD.6.2

1. El marco del establecimiento para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

FAMS

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES
Facility Management and Safety

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

PERSPECTIVA GENERAL

Los establecimientos de atención médica trabajan para proporcionar una instalación segura y funcional, que ofrezca apoyo a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes. Para alcanzar este objetivo, debe existir una gestión efectiva de la instalación física, del equipo médico y no médico, y de las personas. En particular, esta gestión debe de:

- reducir y controlar los peligros y riesgos;
- prevenir accidentes y lesiones; y
- mantener condiciones seguras.

Una gestión efectiva incluye planificación, educación y control, de la siguiente manera:

- Los directores y responsables de las áreas planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para respaldar en forma segura y efectiva los servicios clínicos prestados.
- Todo el personal recibe educación sobre las instalaciones, cómo reducir los riesgos y cómo controlar e informar situaciones que representan peligros y riesgos.
- Se emplean criterios de desempeño para controlar los sistemas importantes e identificar las áreas de oportunidad.

Se elaboran planes por escrito, que tienen en cuenta las siguientes seis áreas, cuando así corresponda, según la instalación y las actividades del establecimiento:

1. Seguridad y protección
 - Seguridad: el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.
 - Protección: contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados.
2. Materiales y sustancias peligrosos: la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas, y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
3. Manejo de emergencias: existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
4. Seguridad contra incendios: la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
5. Equipo médico: el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
6. Sistemas de servicios básicos: los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

Las leyes, reglamentaciones e inspecciones realizadas por las autoridades locales determinan, en gran parte, el modo en que se diseña, utiliza y mantiene una instalación. Todos los establecimientos, independientemente de su tamaño y recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades para con los pacientes, los familiares, el personal y los visitantes.

Los establecimientos deben comenzar por cumplir con las leyes y las reglamentaciones aplicables; con el tiempo, adquieren más conocimiento respecto a los detalles de la instalación física que ocupan y comienzan a reunir datos, y en forma proactiva implementan estrategias para reducir los peligros y riesgos y con ello mejorar el entorno de atención al paciente.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

Estándar FMS.1

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación.

Propósito de FMS.1

Lo primero a tener en cuenta en cualquier instalación física son las leyes, reglamentaciones y demás requisitos relacionados con la instalación. Dichos requisitos pueden diferir, dependiendo de la antigüedad y la ubicación geográfica de la instalación, y de otros factores, por ejemplo, reglamentos de construcción de edificios, de seguridad contra incendios, etc.

Los directores del establecimiento son responsables de:

- conocer las leyes, reglamentaciones locales, nacionales y demás requisitos que correspondan a las instalaciones del establecimiento;
- implementar los requisitos correspondientes o los requisitos alternativos aprobados; y
- planificar y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por los datos de control para cumplir con los requisitos correspondientes.

Cuando el establecimiento recibe un citatorio por no cumplir con los requisitos, los directores asumirán la responsabilidad de planificar y cumplir con el requisito dentro del marco de tiempo establecido.

Elementos Medibles de FMS.1

1. Los directores del establecimiento conocen las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden a las instalaciones del establecimiento.
2. Los directores implementan los requisitos correspondientes o las alternativas aprobadas.
3. Los directores aseguran que el establecimiento cumpla con las condiciones referidas en los informes de inspección a las instalaciones.

Estándar FMS.2

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa por escrito que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.

Propósito de FMS.2

El manejo de los riesgos dentro del entorno en el cual se trata a los pacientes y trabaja el personal requiere una planificación. El establecimiento elabora un plan o programas que incluyen lo siguiente:

- a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
 - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
- b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
- c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
- d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
- e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
- f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

El plan o programas se elaboran con base en una identificación de riesgos específicos del hospital. Dicho plan se hace por escrito y se actualiza, de modo que refleje las condiciones actuales dentro del establecimiento. Existe un proceso para su revisión y actualización.

Elementos Medibles de FMS.2

1. Existe un plan documentado, que se ocupa de las siguientes áreas de riesgo:
 - a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
 - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
 - b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
 - c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
 - d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
 - e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
 - f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.
2. El plan está vigente o actualizado.
3. El plan está plenamente implementado.
4. El establecimiento cuenta con un proceso para revisar y actualizar anualmente el plan o programa.

Estándar FMS.3

Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Estándar FMS.3.1

La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Propósito de FMS.3 y FMS.3.1

El plan o programa de manejo de riesgos en una instalación o área, tanto en un establecimiento grande como en uno pequeño, requiere el nombramiento de una o más personas que brinden su liderazgo y supervisión. En una unidad pequeña, podrá nombrarse a una persona a medio tiempo, mientras que en una unidad más grande, deberán nombrarse varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. En cualquiera de los casos, todos los aspectos del programa deben ser manejados en forma efectiva, de manera sistemática y continua.

La supervisión del programa incluye:

- a) la planificación de todos los aspectos del programa;
- b) la implementación del programa;
- c) la educación del personal;
- d) las pruebas y controles del programa;
- e) la revisión y modificación periódica del programa;
- f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa; y
- g) la gestión de una organización coherente y continua.

Cuando resulte adecuado al tamaño y la complejidad del establecimiento, podrá formarse un comité que administre los riesgos de la instalación, el cual podrá tener la responsabilidad de la supervisión y la continuidad del programa; por ejemplo, la **Comisión de Seguridad e Higiene**, (*NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo*).

El control de todos los aspectos del programa brinda datos valiosos para mejorarlo y para reducir aún más los riesgos dentro del establecimiento.



FMS.3 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Elementos Medibles de FMS.3

1. La supervisión y dirección del programa se asigna a una o más personas.
2. La o las personas están calificadas ya sea por experiencia o por capacitación.
3. La o las personas supervisan el programa; dicha supervisión incluye los siguientes elementos:
 - a) la planificación de todos los aspectos del programa
 - b) la implementación del programa
 - c) la educación del personal
 - d) las pruebas y controles del programa
 - e) la revisión y modificación periódica del programa
 - f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa
 - g) la gestión de una organización coherente y continua

Estándar FMS.3.1 La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Elementos Medibles de FMS.3.1

1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación. 
- 2.
3. Se lleva un registro de los incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas. 
4. Se utilizan los datos de control para mejorar continuamente el programa.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Estándar FMS.4

La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Estándar FMS.4.1

La dirección inspecciona todos los edificios donde se atienden pacientes, y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Estándar FMS.4.2

La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Propósito de FMS.4 hasta FMS.4.2

Los directores y responsables de área del establecimiento utilizan bien los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, efectiva y eficiente. La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación segura. A fin de planificar de manera efectiva, la organización debe ser consciente de todos los riesgos presentes en la instalación, esto incluye todos los tipos de riesgo en la seguridad. 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. Esto cobra especial importancia durante periodos de construcción o remodelación del establecimiento. Además, para garantizar la seguridad, todo el personal, los visitantes, los vendedores y demás personas dentro del establecimiento están identificadas, para lo cual se les emite credenciales, permanentes o transitorias, u otras medidas de identificación; todas las áreas que necesitan ser seguras (por ejemplo los cuñeros) están protegidas y controladas.

Esto puede hacerse mediante una inspección integral de las instalaciones, verificando todo, desde muebles con bordes filosos y rotos que podrían provocar lesiones hasta lugares que carecen de salida de emergencia para incendios o la imposibilidad de controlar un área protegida. Esta inspección periódica se documenta, y ayuda al establecimiento a planificar, llevar a cabo mejoras y a presupuestar actualizaciones de la instalación a largo plazo.

Posteriormente, al comprender los riesgos presentes en las instalaciones físicas, el establecimiento podrá elaborar un plan proactivo para reducirlos y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Este plan incluye seguridad y protección.

Es particularmente importante que un hospital sea una edificación resistente y habitable para salvaguardar a médicos, pacientes, familiares, trabajadores y demás visitantes al establecimiento, para garantizar esto, los directivos se aseguran de contar con un dictamen de seguridad estructural vigente emitido por un director responsable de obra, corresponsable en seguridad estructural o perito verificador autorizado por la reglamentación local. El Dictamen de Seguridad Estructural es el resultado de un levantamiento físico de la estructura existente, levantamiento topográfico de precisión, análisis de cargas gravitacionales y accidentales, determinación de la resistencia del concreto y la revisión a detalle de todos los elementos estructurales que conforman el inmueble. Por lo anterior, el dictamen es preciso y explícito en la revisión de los siguientes elementos:


- Tipo de suelo
- Cimientos
- Columnas
- Trabes
- Niveles
- Distribución de cargas
- Inclinaciones
- Fisuras
- Grietas
- Calidad de los materiales de construcción
- Antigüedad de la construcción
- Remodelaciones a la construcción
- Construcciones aldañas
- Análisis de fenómenos geológicos e hidrometeorológicos

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

Cuando un hospital del sector salud es clasificado como de alta complejidad conforme a la *“Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres”* debe contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro, si como resultado de dicha evaluación se desprenden hallazgos, observaciones y/o recomendaciones, el cuerpo de gobierno de la organización debe definir y poner en marcha estrategias para solventar lo anterior en un plazo no mayor de 24 meses contados a partir de la notificación de resultados por parte de la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación, al momento de la auditoría para la certificación del hospital se debe mostrar evidencia de implementación de por lo menos cuatro meses.



Estos estándares (FMS.4 a FMS.4.2) son INDISPENSABLES para los hospitales clasificados como de alta complejidad conforme a la *“Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres”*.

FMS.4 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.**Elementos Medibles de FMS.4**

1. El establecimiento cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida. 
2. El programa asegura que todo el personal, los visitantes y los vendedores tengan su identificación y que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. El programa incluye seguridad y protección en tiempos de construcción y remodelación del establecimiento.
5. Los directores aplican los recursos conforme a los planes aprobados.
6. **Cuando corresponde, el hospital tiene un plan que no rebasa los 24 meses para solventar los hallazgos, observaciones y recomendaciones derivados de la evaluación interinstitucional de la lista de verificación del Programa Hospital Seguro.**

FMS.4.1 La dirección inspecciona todos los edificios donde se atienden pacientes, y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Elementos Medibles de FMS.4.1

1. **El establecimiento cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente.** 
2. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas. 
3. El establecimiento tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.
4. El establecimiento está avanzando en cuanto a la realización del plan.

FMS.4.2 La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Elementos Medibles de FMS.4.2

1. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y componentes claves para cumplir con las leyes, reglamentaciones y demás requisitos correspondientes.
2. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave para la operación continua de una instalación segura y efectiva.

MATERIALES PELIGROSOS

Estándar FMS.5

El establecimiento cuenta con un plan o programa para el manejo, almacenamiento, uso seguro y destino final de materiales peligrosos.

Propósito de FMS.5

El establecimiento identifica y controla en forma segura los materiales peligrosos. Dichos materiales incluyen sustancias químicas y residuos peligrosos, por ejemplo: productos químicos, agentes de quimioterapia, materiales y desechos radiactivos, gases y vapores peligrosos, y demás residuos médicos e infecciosos reglamentados. Para que el diseño e implementación de este programa esté en el marco de la normatividad vigente es recomendable que los directivos consulten lo establecido en el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, así como, la **NOM-052-SEMARNAT-2005**, que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos, la **NOM-005-STPS-1998**, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas y la **NOM-018-STPS-2000**, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo

El programa establece procesos para:

- el inventario de sustancias químicas y residuos peligrosos;
- la manipulación, almacenamiento y uso de sustancias peligrosas;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
- el control y destino final de residuos peligrosos;
- el uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición;
- la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y
- el etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de sustancias químicas y residuos peligrosos.

Elementos Medibles de FMS.5

1. El establecimiento cuenta con un inventario de materiales y sustancias peligrosas.
2. Se cuenta con un plan o programa para el manejo, almacenamiento, uso seguro y destino final de materiales peligrosos conforme a lo señalado en el propósito del estándar. 📄
3. El manejo, almacenamiento y uso de sustancias químicas peligrosas es seguro.
4. Se notifican e investigan los derrames, exposiciones y demás incidentes.
5. Se lleva un adecuado control y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
6. El personal porta el equipo de protección durante el uso, derrame o exposición.
7. Se cuenta con la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario.
8. Todos los contenedores de materiales peligrosos se encuentran etiquetados.

MANEJO DE EMERGENCIAS

Estándar FMS.6

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Estándar FMS.6.1

El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Propósito de FMS.6 y FMS.6.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente al establecimiento, 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 impide que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, el establecimiento elabora un plan o programa para manejar tales emergencias.

El plan o programa prevé procesos para:

- a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos;
- b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos;
- c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias;
- d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas;
- e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos;
- f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento; y
- g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El plan o programa se prueba al menos una vez por año. El simulacro es adecuado para los eventos probables. Si el establecimiento sufre un desastre real, activa su programa y posteriormente rinde los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Estos estándares (FMS.6 y FMS.6.1) son **INDISPENSABLES** para los hospitales clasificados como de alta complejidad conforme a la “Cédula de Clasificación de Hospitales preparados para Enfrentar Desastres”.

FMS.6 El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de FMS.6

1. *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.* 📄
2. Se cuenta con un plan o programa de manejo de emergencias que incluye los siguientes puntos. 📄
 - a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos
 - b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos
 - c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias
 - d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas
 - e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos
 - f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento
 - g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

Estándar FMS.6.1

El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Elementos Medibles

1. El plan o programa de manejo de emergencias se somete a prueba anualmente.
2. El personal participa, al menos una vez al año en una prueba de preparación para emergencias.

SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS

Estándar FMS.7

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Estándar FMS.7.1

El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Estándar FMS.7.2

El establecimiento realiza regularmente pruebas de su plan o programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Propósito de FMS.7 hasta FMS.7.2

El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planificar cómo mantener seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Un establecimiento planifica, en particular:

- la identificación de áreas con mayor riesgo de incendio

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables, incluidos gases médicos comburentes como el oxígeno;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- sistemas de detección temprana, como detectores de humo o alarmas contra incendio;
- mecanismos de extinción, tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores; y
- medios seguros y despejados para salir en caso de incendio.

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 incendio o humo. Estas acciones son efectivas independientemente de la antigüedad, el tamaño o la edificación de la instalación. Por ejemplo, una instalación pequeña, de un piso, hecha de ladrillos, empleará métodos diferentes a los de una instalación grande, de varios pisos, construida de madera.


El plan o programa de seguridad contra incendios del establecimiento identifica:

- la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;
- el programa para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el programa o parte del mismo) al menos dos veces por año;
- la educación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y
- la participación del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.

Se documentan todas las inspecciones, pruebas y controles de mantenimiento.


FMS.7 El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Elementos Medibles de FMS.7

1. El establecimiento elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego y el humo. 
2. El plan o programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

FMS.7.1 El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción, y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Elementos Medibles de FMS.7.1

1. El plan o programa incluye la reducción de riesgos de incendio. 
2. El plan o programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro del establecimiento o junto al mismo.
3. El plan o programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
4. El plan o programa incluye la contención y extinción del fuego y el humo.
5. El plan o programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

FMS.7.2 El establecimiento realiza regularmente pruebas de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Elementos Medibles de FMS.7.2

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con una frecuencia determinada por el establecimiento.
2. El programa de evacuación de seguridad contra incendios y humo se prueba al menos dos veces por año.
3. El personal está capacitado para participar en el programa de seguridad contra incendios y humo. (Ver FMS.11.1, EM 1)
4. El personal participa en al menos una prueba de seguridad contra incendios y humo por año.
5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.

Estándar FMS.7.3

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo entre el personal y los pacientes en todas sus áreas de la instalación.

Propósito de FMS.7.3

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo que:

- se aplica a todos los pacientes, familiares, al personal y a los visitantes; y
- elimina la autorización de fumar dentro de las instalaciones del establecimiento.

La política sobre tabaquismo identifica toda excepción a la política relacionada con los pacientes, como por ejemplo motivos médicos o psiquiátricos por los cuales un paciente tendría permiso para fumar.

Elementos Medibles de FMS.7.3

1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo. 📄
2. El programa se aplica a pacientes, familias, visitantes y personal.
3. Existe un proceso para hacer excepciones al programa para algunos pacientes.
4. *Existe un mecanismo para la vigilancia del Programa para eliminar el tabaquismo.*
5. *Hay señalamientos en todas las áreas internas del hospital en donde se establece la prohibición de fumar.*

EQUIPO MÉDICO**Estándar FMS.8**

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

Estándar FMS.8.1

El establecimiento recoge datos de control para el plan o programa de gestión del equipo médico, los cuáles se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento.

Propósito de FMS.8 y FMS.8.1

A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso, y que funcione debidamente, el establecimiento:

- hace un inventario del equipo médico;
- inspecciona regularmente el equipo médico;
- prueba el equipo médico según sea adecuado para su uso y requisitos; y
- realiza mantenimiento preventivo.

Existe personal calificado que presta estos servicios. El equipo se inspecciona y se prueba cuando es nuevo y posteriormente en forma continua, según sea adecuado para la antigüedad y el uso del equipo, o basándose en las instrucciones del fabricante. Se documentan todas las inspecciones, los resultados de pruebas y todo mantenimiento que se realice. Esto ayuda a asegurar la continuidad del proceso de mantenimiento y ayuda a planificar la inversión para las sustituciones, actualizaciones y demás cambios. (Ver SAD)

FMS.8 El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de FMS.8

1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento, conforme a un plan o programa. 📄
2. Existe un inventario de todo el equipo médico.
3. El equipo médico se inspecciona regularmente.
4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según sea adecuado a partir de entonces.
5. Se da mantenimiento preventivo al equipo conforme a un programa y se documenta.
6. Existe personal calificado que presta estos servicios.

FMS.8.1 El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del equipo médico, los cuáles se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento.

Elementos Medibles de FMS.8.1

1. Se recogen y documentan datos de control para el plan o programa de gestión del equipo médico.
2. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Estándar FMS.8.2

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Propósito de FMS.8.2

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar, devolver y/o destruir productos y equipos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del uso de todo producto o equipo que deba ser retirado de circulación.

Elementos Medibles de FMS.8.2

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de los productos/equipos.
2. La política o procedimiento se ocupa del uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.
3. Se implementa la política o el procedimiento.

SISTEMAS DE SERVICIOS BÁSICOS

Estándar FMS.9

Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

Propósito de FMS.9

En un establecimiento de atención médica, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las 24 horas, todos los días de la semana. Por consiguiente, es fundamental contar con un abastecimiento ininterrumpido de agua potable y energía eléctrica para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. Pueden utilizarse fuentes regulares y alternas.

Elementos Medibles de FMS.9

1. Hay agua potable disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
2. Hay energía eléctrica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estándar FMS.9.1

El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Estándar FMS.9.2

El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Propósito de FMS.9.1 y FMS.9.2

Los establecimientos de atención médica necesitan distintos equipos médicos y sistemas básicos según su misión, las necesidades de los pacientes y sus recursos. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, un establecimiento necesita proteger a los pacientes y al personal contra fallas del sistema, interrupción o contaminación.

A fin de prepararse para tales emergencias, el establecimiento:

- 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;
- evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los sistemas básicos en estas áreas;
- planifica fuentes de emergencia de energía eléctrica y agua limpia para estas áreas y necesidades;
- prueba la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua; y
- documenta los resultados de las pruebas.

FMS.9.1 El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Elementos Medibles de FMS.9.1

1. El establecimiento identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay fallas eléctricas, el agua está contaminada o se interrumpe su suministro.
2. El establecimiento procura reducir los riesgos de dichos eventos.
3. El establecimiento planifica fuentes alternas de electricidad y agua para emergencias.

FMS.9.2 El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de FMS.9.2

1. El establecimiento realiza periódicamente pruebas de fuentes alternas de agua y electricidad.
2. El establecimiento documenta los resultados de dichas pruebas.

Estándar FMS.10

Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Estándar FMS.10.1

El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Estándar FMS.10.2

El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento y actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Propósito de FMS.10 hasta FMS.10.2

El funcionamiento seguro y efectivo de los sistemas básicos y demás sistemas claves en el establecimiento 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; por ejemplo, la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, tanques de oxígeno que no se aseguran al guardarse, vías de oxígeno con escapes y cables eléctricos pelados, son peligros de la instalación. A fin de evitar estos y otros peligros, el establecimiento cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar el mantenimiento correspondiente. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos de los sistemas, por ejemplo, interruptores. Las fuentes de energía de emergencia y de respaldo se prueban bajo circunstancias planificadas que simulan los requisitos de carga reales. Las mejoras se hacen cuando son necesarias, por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas al establecimiento, por ejemplo: una ruptura de la línea que abastece al establecimiento 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 habitual empleada en la hemodiálisis.

La frecuencia de los controles se basa, en parte, en experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El control puede llevarlo a cabo personal nombrado por el establecimiento, por ejemplo personal del laboratorio clínico o autoridades de salud pública, ajenas al establecimiento, que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas, en cuyo caso es responsabilidad del establecimiento asegurarse de que estas pruebas se completen según la normatividad vigente.

El control de los sistemas básicos ayuda al establecimiento a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con las mejoras de los sistemas y para planificar la actualización o sustitución de los sistemas básicos. Los datos del control se documentan.

FMS.10 Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Elementos Medibles de FMS.10

1. El establecimiento identifica los sistemas básicos, de gas médico, de ventilación y otros sistemas claves.
2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.
3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
5. Los sistemas claves se mejoran, según corresponda.

FMS.10.1 El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Elementos Medibles de FMS.10.1

1. La calidad del agua se controla periódicamente según la normatividad vigente.
2. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.

FMS.10.2 El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Elementos Medibles de FMS.10.2

1. Se cuenta con un programa de gestión del sistema de servicios básicos. 📄
2. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos.
3. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

EDUCACIÓN DEL PERSONAL

Estándar FMS.11

El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Estándar FMS.11.1

El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.

Estándar FMS.11.2

El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Estándar FMS.11.3

El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.

Propósito de FMS.11 hasta FMS.11.3

El personal del establecimiento es la principal fuente de contacto con los pacientes, las familias y los visitantes. Por consiguiente, es preciso que sean educados y estén capacitados para desempeñar sus funciones de identificación y reducción de riesgos, protección de los demás y de sí mismos, y creación de una instalación segura y protegida. Cada establecimiento debe decidir el tipo y el nivel de capacitación para el personal, llevar a cabo y documentar un programa. El programa puede incluir instrucción en grupo, material educativo impreso, un componente de orientación para el personal nuevo o algún otro mecanismo que cumpla con las necesidades del establecimiento, instrucción sobre los procesos para denunciar riesgos potenciales, informe de incidentes y lesiones, manipulación de materiales peligrosos y de otros tipos que representen un riesgo para sí mismos y para los demás.

El personal responsable de la operación o el mantenimiento del equipo médico recibe una capacitación especial, que puede provenir del establecimiento, del fabricante del equipo o de alguna otra fuente.

El establecimiento planifica un programa diseñado para realizar periódicamente pruebas al personal sobre el conocimiento de los procedimientos de emergencia, incluidos procedimientos de seguridad contra incendios, respuesta ante peligros como derrame de un material peligroso y el uso de equipo médico, que representan un riesgo para los pacientes y para el personal. El conocimiento puede probarse mediante una gran variedad de medios, por ejemplo demostraciones individuales o grupales, la realización de simulacros tales como una epidemia en la comunidad, el empleo de pruebas de conocimientos u otros medios adecuados. El establecimiento documenta quiénes fueron sometidos a pruebas y los resultados de las mismas.

FMS.11 El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Elementos Medibles de FMS.11

1. Para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones del establecimiento, hay una instancia educativa planificada que asegura que el personal pueda desempeñar efectivamente sus responsabilidades.
2. La educación incluye a los visitantes, vendedores, personal subrogado y demás personas, según sea adecuado para el establecimiento y para los múltiples turnos del personal.

FMS.11.1 El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.

Elementos Medibles de FMS.11.1

1. El personal puede describir y/o demostrar su rol en respuesta ante un incendio.
2. El personal puede describir y/o demostrar acciones para eliminar, minimizar o notificar riesgos de seguridad y protección, entre otros.
3. El personal puede describir y/o demostrar precauciones, procedimientos y participación en el almacenamiento, manipulación y desecho de materiales peligrosos.
4. El personal puede describir y/o demostrar procedimientos y su rol en emergencias y desastres, tanto a nivel interno como comunitario.

FMS.11.2 El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Elementos Medibles de FMS.11.2

1. El personal está capacitado para operar el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.
2. El personal está capacitado para mantener el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.

FMS.11.3 El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.

Elementos Medibles de FMS.11.3

1. Se somete a prueba el conocimiento del personal respecto a su rol en el mantenimiento de una instalación segura y protegida.
2. Se documentan la capacitación y las pruebas del personal, estableciendo quiénes fueron capacitados y sometidos a prueba y cuáles fueron los resultados.



CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL
Staff Qualification and Education

CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualification and Education

PERSPECTIVA GENERAL

Un establecimiento de atención médica necesita de personal capacitado y calificado para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. Los directores y responsables de las áreas del establecimiento trabajan juntos para identificar la cantidad y el tipo de personal necesarios, basándose en las recomendaciones de los directores de áreas y servicios.

El reclutamiento, selección y designación del personal se logran mejor mediante un proceso coordinado, eficiente y estandarizado. Es esencial documentar las aptitudes, conocimiento, educación y experiencia laboral previa del solicitante. Es de particular importancia revisar con cuidado las competencias del personal médico y de enfermería, ya que ellos participan en los procesos de atención clínica y trabajan directamente con los pacientes.

Los establecimientos de atención médica deben ofrecerle al personal oportunidades de aprendizaje y superación tanto a nivel personal como profesional.

Para este apartado es importante tener claros los siguientes conceptos:

Personal autorizado para el ejercicio independiente: son profesionales de la salud que no pertenecen a la nómina del establecimiento pero que a través de una revisión de sus competencias y asignación de responsabilidades (otorgamiento de privilegios) se les permite realizar ciertos procedimientos dentro del hospital. Ejemplos: médicos externos, enfermeras instrumentistas que solo acuden a ciertos procedimientos quirúrgicos, entre otros.

Personal clínico: se refiere a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, rehabilitadores, técnicos en urgencias médicas, parteras, entre otros. (Ver SQE.15). Asimismo, a todo personal en formación de estas disciplinas.

PLANIFICACIÓN

Estándar SQE.1

Los directores del establecimiento definen la educación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todo el personal.

Propósito de SQE.1

Los directores del establecimiento definen la educación, aptitudes, conocimientos y demás requisitos como parte de la asignación de personal para cubrir las necesidades del paciente.

Los directores tienen en cuenta los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

- la misión del establecimiento;
- la diversidad de pacientes que atiende el establecimiento, así como la complejidad y gravedad de sus necesidades;
- los servicios que presta el establecimiento;
- la tecnología usada en la atención al paciente; y
- los estándares de Autoevaluación (Sección 1, Recursos Humanos)

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentos y normas que definen los niveles deseados de educación y aptitudes, así como la cantidad y variedad de personal según el tipo de establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.1

1. La misión del establecimiento, la variedad de pacientes, los servicios y la tecnología se toman en cuenta para la planificación.
2. Se definen la educación, las aptitudes y el conocimiento para el personal.
3. Se incorporan a la planificación el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar SQE.1.1

Las responsabilidades de cada trabajador se definen en una descripción del puesto actualizada.

Propósito de SQE.1.1

Las responsabilidades de los trabajadores que no estén habilitados para el ejercicio independiente deben estar definidas en una descripción del puesto actualizada. La descripción del puesto es la base para su asignación, orientación y evaluación del cumplimiento de sus responsabilidades laborales. También se necesita una descripción del puesto para los profesionales de la salud cuando:

- a) La persona cumple principalmente funciones gerenciales, como es el caso de los jefes de servicio, o tiene cargos tanto clínicos como de gestión;
- b) La persona tiene algunas responsabilidades clínicas, como un profesional de la salud independiente que aprende un nuevo rol o nuevas aptitudes (el otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa);
- c) La persona está en un programa educativo y bajo supervisión (residentes, profesionales de la salud en formación, Ver SQE.8.3 y SQE.8.3.1); el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer en forma independiente y qué se debe hacer bajo supervisión. La descripción del programa puede servir como descripción del puesto en tales casos; y
- d) Se permite que la persona preste servicios temporalmente en el establecimiento. (El otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa.)

Cuando un establecimiento usa descripciones de puesto genéricas, por ejemplo, para una “enfermera”, es necesario agregar las responsabilidades específicas del trabajo, por ejemplo, “enfermera de cuidados intensivos”, “enfermera pediátrica”, “enfermera de quirófano”, etc.

Para aquellas personas a quienes la ley y el establecimiento les permiten el ejercicio independiente, existe un proceso para identificar y autorizar a la persona el ejercicio según la educación, capacitación y experiencia. Este proceso aparece en SQE.9 para el personal médico y en SQE.12 para el personal de enfermería.

Los requisitos de este estándar se aplican a todos los tipos de “personal” que necesitan una descripción del puesto, que trabajan a tiempo completo, a medio tiempo, son voluntarios o empleados temporales.

Elementos Medibles de SQE.1.1

1. Cada trabajador al que no se le permite el ejercicio independiente tiene una descripción del puesto. (Ver AOP.3, EM 5)
2. Las personas identificadas en a) a d), cuando estén presentes en el establecimiento, tienen una descripción del puesto adecuada a sus actividades y responsabilidades o han sido privilegiadas si se les tuvo en cuenta como una alternativa.
 - a) La persona cumple principalmente funciones gerenciales, como es el caso de los jefes de servicio, o tiene cargos tanto clínicos como de gestión, donde las responsabilidades se identifican en una descripción del puesto;
 - b) La persona tiene algunas responsabilidades clínicas, como un profesional de la salud independiente que aprende un nuevo rol o nuevas aptitudes (el otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa);
 - c) La persona está en un programa educativo y bajo supervisión; el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer en forma independiente y qué se debe hacer bajo supervisión. La descripción del programa puede servir como descripción del puesto en tales casos; y
 - d) Se permite que la persona preste servicios temporalmente en el establecimiento. (El otorgamiento de privilegios según SQE.10 es una alternativa.)
3. Las descripciones de los puestos son actuales de acuerdo con la política del establecimiento.

Estándar SQE.2

Los directores y responsables de área del establecimiento elaboran e implementan procesos para reclutar, seleccionar, designar al personal y otros procedimientos relacionados.




Propósito de SQE.2

El establecimiento ofrece un proceso eficiente y coordinado para:

- reclutar personal para los cargos disponibles;
- seleccionar personal con base en una evaluación de competencias, aptitudes y conocimiento; y
- designar personal del establecimiento.

Los responsable de las áreas o servicios participan recomendando la cantidad y las competencias del personal necesario para brindar los servicios clínicos a los pacientes, funciones de apoyo no clínicas, impartir cualquier enseñanza y en la toma de decisiones sobre el personal a designar. Por lo que, los estándares en este apartado complementan los estándares de Gobierno, liderazgo y dirección.

Elementos Medibles de SQE.2

1. Existe un proceso para reclutar personal. 
2. Existe un proceso para seleccionar con base en una evaluación de competencias. 
3. Existe un proceso para designar personal. 
4. El proceso es uniforme en todo el establecimiento.
5. El proceso está implementado.

Estándar SQE.3

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades de los pacientes.

Propósito de SQE.3

El establecimiento contrata al personal calificado a través de un proceso que hace coincidir los requisitos del puesto con las competencias del candidato. Este proceso también asegura que las aptitudes del personal sean, desde un principio y con el tiempo, coherentes con las necesidades de los pacientes.

Para el personal clínico según las descripciones del puesto, el proceso incluye:

- Una evaluación inicial para asegurar que la persona realmente pueda asumir las responsabilidades de la descripción del puesto. Esta evaluación se realiza al comenzar a desempeñar las responsabilidades laborales, o antes. El establecimiento podrá tener un periodo de “prueba” o de otro tipo durante el cual supervise y evalúe de cerca al personal clínico. El establecimiento asegura que el personal que presta servicios de alto riesgo o brinda atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento en que empieza a brindar atención. El área o servicio al cual se asigna el personal, evalúa las aptitudes, conocimientos necesarios y conductas laborales deseadas.
- El establecimiento define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las capacidades del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir nuevas responsabilidades o diferentes. **Si bien, la evaluación permanente, preferentemente debe ser continua, existe al menos una evaluación anual documentada de cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto.** (La evaluación de aquellas personas a las que se les permite trabajar independientemente se encuentra en SQE.11.)

Elementos Medibles de SQE.3

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal clínico con las necesidades del paciente.
2. Los nuevos miembros del personal clínico son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
5. Existe al menos una evaluación anual documentada para cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto, o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

Estándar SQE.4

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico sean coherentes con las necesidades del establecimiento y los requisitos del cargo.

Propósito de SQE.4

El establecimiento busca personal que pueda cumplir por completo con los requisitos de los cargos no clínicos. El supervisor del personal proporciona orientación para el cargo y se asegura de que el trabajador pueda cumplir con las responsabilidades de la descripción del puesto. El trabajador recibe el nivel de supervisión necesario, y periódicamente se le evalúa para asegurar su competencia en el cargo.

Elementos Medibles de SQE.4

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico con los requisitos del cargo. (Ver SAD.1.2, EM 2 y 3, y SAD.2.3, EM 2 y 3)
2. El nuevo personal no clínico es evaluado en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal no clínico.
5. Existe al menos una evaluación documentada del personal no clínico cada año o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

Estándar SQE.5**Existe información documentada sobre la evaluación del personal en las áreas correspondientes.****Propósito de SQE.5**

Cada trabajador tiene un expediente con la información sobre sus competencias, los resultados de las evaluaciones y un historial laboral. El proceso de evaluación y los expedientes que deben tener los profesionales de la salud clínicos, se describen en SQE.9, para el personal de enfermería en SQE.12 y para los demás profesionales de la salud en SQE.15. Los expedientes están estandarizados y se mantienen actualizados de acuerdo con la política del establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.5

1. Se mantiene la información del personal.
2. Los expedientes del personal contienen las competencias.
3. Los expedientes del personal contienen la descripción del puesto o los privilegios de acuerdo a las políticas.
4. Los expedientes del personal contienen el historial laboral.
5. Los expedientes del personal contienen los resultados de las evaluaciones iniciales y al menos una evaluación anual del desempeño.
6. Los expedientes del personal contienen un registro de la educación que se le ha brindado dentro del servicio, de acuerdo a la política del establecimiento.
7. Los expedientes del personal están estandarizados y se mantienen actualizados, de acuerdo a la política del establecimiento.

Estándar SQE.6**El establecimiento cuenta con un programa de asignación de personal a las diferentes áreas y servicios, basado en una metodología.****Estándar SQE.6.1****El programa de asignación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.****Propósito de SQE.6 y SQE.6.1**

El contar con la cantidad apropiada y adecuada de personal es crítico para la atención al paciente, además de las actividades de enseñanza e investigación en las que participe el establecimiento. Los directores y responsables de las áreas llevan a cabo la planificación del personal y utilizan métodos reconocidos para determinar las competencias, cantidad y tipos de personal. Por ejemplo, se utiliza un sistema de gravedad del paciente para determinar la cantidad de personal de enfermería habilitado con experiencia en cuidados intensivos pediátricos que se necesita para una unidad pediátrica de cuidados intensivos de diez camas. El programa de asignación de personal está por escrito e identifica la cantidad, tipos necesarios de personal, aptitudes, conocimientos y demás requisitos necesarios para cada área y servicio. El programa trata:

- la reasignación del personal de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal;
- la consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores culturales o creencias religiosas; y
- la política y el procedimiento para traspasar la responsabilidad de una persona a otra cuando la responsabilidad se encuentre fuera del área de responsabilidad normal de dicha persona; por ejemplo cuando eventualmente no se cuenta con una enfermera instrumentista y a un médico o un residente se le asigna o asume ésta responsabilidad.

La asignación de personal se controla permanentemente, y el programa se actualiza según sea necesario. Cuando se controla a nivel de un área o servicio, existe un proceso de colaboración para que directores y responsables de área actualicen el programa general.

SQE.6 El establecimiento cuenta con un programa de asignación de personal a las diferentes áreas y servicios, basado en una metodología.

Elementos Medibles de SQE.6

1. Existe un programa escrito para la asignación de personal. 📄
2. Los directores y responsables de área crearon el programa en colaboración.
3. La cantidad, tipos y competencias deseadas para el personal se identifican en el programa mediante un método reconocido de asignación de personal.
4. El programa trata la asignación y reasignación del personal.
5. El programa trata el traspaso de responsabilidad de una persona a otra.

SQE.6.1 El programa de asignación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.

Elementos Medibles de SQE.6.1

1. La efectividad del programa de asignación de personal se controla permanentemente.
2. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.

ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN

Estándar SQE.7

Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad a la que es asignado y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la asignación.

Propósito de SQE.7

Para un correcto desempeño, el personal de nuevo ingreso, sin importar el nivel, debe comprender el funcionamiento de la organización y cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas específicas al cumplimiento de la misión del establecimiento. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las responsabilidades laborales de su cargo. La orientación incluye, el reporte de eventos adversos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas del establecimiento relativas a las órdenes verbales o telefónicas (Ver MISP.2), el uso de equipo de protección personal, la comunicación de peligros y riesgos y demás, según corresponda. (Ver GLD.5.4)

Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios también reciben orientación con respecto al establecimiento y su asignación o responsabilidades específicas, como por ejemplo seguridad del paciente y prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles de SQE.7

1. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
2. Los trabajadores de servicios subrogados reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
3. Los voluntarios reciben orientación con respecto al funcionamiento de la organización y a las responsabilidades asignadas.

Estándar SQE.8

Cada miembro de la organización recibe educación permanente dentro del servicio y demás educación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.

Propósito de SQE.8

El establecimiento recolecta datos de varias fuentes para comprender las necesidades de educación permanente del personal. Los resultados de los controles de calidad y seguridad son una fuente de información para identificar las necesidades de educación del personal. Además, los datos de control del programa de administración y seguridad de las instalaciones de la instalación, la introducción de nueva tecnología, las aptitudes y conocimientos identificados en la revisión del desempeño laboral, los nuevos procedimientos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, representan dichas fuentes de datos. El establecimiento tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las deferentes fuentes de información para elaborar el programa de educación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir educación continua para mantener sus competencias; dicha educación se controla y documenta. (Ver GLD.3.5)

Para mantener un desempeño aceptable del personal, el establecimiento enseña nuevas aptitudes y ofrece capacitación sobre nuevos equipos y procedimientos, para lo cual pone a disposición (o consigue) instalaciones, educadores y tiempo para la educación permanente dentro del servicio y otros tipos de educación. Esta educación es importante para cada miembro de la organización, además de serlo para la mejora continua del establecimiento con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes; por ejemplo, el personal médico puede recibir educación sobre la prevención y control de infecciones y sobre los avances en la práctica médica. Los logros educativos de cada miembro de la organización se documentan en su expediente.

El establecimiento elabora e implementa un programa de salud y seguridad del personal, adecuado para las necesidades de atención médica del personal y las inquietudes de seguridad del establecimiento y el personal. (Ver MMU.8)

Elementos Medibles de SQE.8

1. **Existe un plan o programa para la educación del personal** 📄
2. El establecimiento utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de los controles de calidad y seguridad, para identificar las necesidades educativas del personal.
3. El personal del establecimiento recibe educación y capacitación permanentes dentro del servicio.
4. La educación es pertinente para mejorar las competencias del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de educación continua.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar SQE.8.1**

El personal que brinda atención al paciente, así como los demás miembros que la organización identifica, reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.

Propósito de SQE.8.1

Cada establecimiento identifica al personal a capacitar en técnicas de reanimación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) adecuado para su función en el establecimiento.

El nivel adecuado de capacitación para estas personas se repite cada dos años. Existen pruebas que demuestran que cada miembro del personal que asiste a la capacitación realmente logra el nivel de competencia deseado.

Elementos Medibles de SQE.8.1

1. **Se identifica a los médicos y a las enfermeras de las áreas críticas que deben estar capacitados en reanimación cardiopulmonar avanzada en adultos, neonatos o pacientes pediátricos (Ver Autoevaluación)**
2. Se identifica al personal que brinda atención al paciente y demás personal que debe recibir capacitación en reanimación cardiopulmonar.
3. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
4. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
5. El nivel deseado de capacitación de cada persona se repite cada dos años.

Estándar SQE.8.2**El establecimiento pone a disposición instalaciones y tiempo para la educación y capacitación del personal.****Propósito de SQE.8.2**

Los líderes de la organización apoyan el compromiso de educación permanente del personal dentro del servicio, y ponen a disposición el espacio físico, equipos y tiempo requeridos para los programas de educación y capacitación. La disponibilidad de información científica actual apoya la educación y capacitación.

La educación y capacitación pueden tener lugar dentro o fuera de la instalación. La educación se puede ofrecer una vez para todos o repetirse para el personal, según el turno para minimizar el impacto en la atención al paciente.

Elementos Medibles de SQE.8.2

1. El establecimiento pone a disposición instalaciones y equipo para la educación y capacitación del personal dentro del servicio.
2. El establecimiento proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga la oportunidad de participar en la educación y capacitación relevantes.

Estándar SQE.8.3**La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en el establecimiento, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.****Estándar SQE.8.3.1****Los médicos internos de pregrado y los médicos residentes son supervisados y evaluados de acuerdo a la normatividad vigente.****Propósito de SQE.8.3 y SQE.8.3.1**

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 participa en dichos programas de formación, el establecimiento:

- Cuenta con mecanismos para supervisar los programas;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico;
- tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento;
- tiene documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes;
- comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante; e
- integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas del establecimiento.

En sedes que cuenten con médicos internos de pregrado y médicos residentes, deberán cumplir con lo especificado en la NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado y NOM-090-SSA1-1994, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, respectivamente.

SQE.8.3 La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en el establecimiento, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.

Elementos Medibles de SQE.8.3

1. El establecimiento supervisa los programas de capacitación.
2. El establecimiento obtiene y acepta los parámetros del programa académico.
3. El establecimiento tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento.
4. El establecimiento tiene documentación del estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas, y clasificación académica de los participantes.
5. El establecimiento comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante.

6. El establecimiento integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas del establecimiento.

SQE.8.3.1 Los médicos internos de pregrado y los médicos residentes son supervisados y evaluados de acuerdo a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de SQE.8.3.1

1. *Existe un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Internos de Pregrado durante el desarrollo del curso por cada área de rotación.*
2. *Existe un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Residentes durante el desarrollo del curso por cada área de rotación.*
3. *Los médicos en formación, los médicos residentes y otros profesionales de la salud en formación que brinden atención al paciente, cumplen con las disposiciones internas, políticas y procedimientos del establecimiento.*
4. *La frecuencia y duración de las prácticas clínicas complementarias deben estar determinadas por el establecimiento de atención médica, sin exceder un máximo de tres días por semana con intervalos de por lo menos dos días.*

Estándar SQE.8.4

El establecimiento brinda un programa de salud y seguridad para el personal.

Propósito de SQE.8.4

La salud y seguridad del personal de un establecimiento son importantes para mantener la salud, satisfacción y productividad del personal. La seguridad del personal también forma parte del programa de calidad y seguridad. El modo en que el establecimiento orienta y capacita al personal, ofrece un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo biomédico y demás equipos, previene o controla las infecciones asociadas con la atención médica, además de otros factores en su conjunto, determinan la salud y el bienestar del personal. (Ver PCI.5.1, ME 2)

Sin importar la asignación de personal y la estructura del programa, el personal comprende cómo informar y recibir atención, asesoría y seguimiento por lesiones como pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, identificación de riesgos y condiciones peligrosas en la instalación, y demás temas de salud y seguridad. El programa también puede ofrecer una evaluación inicial de salud laboral, vacunas y exámenes preventivos periódicos, tratamiento para trastornos comunes relacionados con el trabajo, como lesiones lumbares o lesiones más urgentes. Por lo tanto, un programa de salud y seguridad para el personal debe incluir al menos:

- a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos
- b) Dotación del equipo de protección al personal
- c) Capacitación en actos seguros
- d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo
- e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

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

Elementos Medibles de SQE.8.4

1. *Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que incluye al menos lo siguiente:*
 - a) *Evaluación de riesgos por perfil de puestos*
 - b) *Dotación del equipo de protección al personal*
 - c) *Capacitación en actos seguros*
 - d) *Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo*
 - e) *Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.*
2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante atención directa y/o derivaciones.
3. Los datos del programa se integran al programa de calidad y seguridad del establecimiento.
4. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.
5. 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.

PERSONAL MÉDICO

Estándar SQE.9

El establecimiento tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las competencias (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión.

Propósito de SQE.9

Los médicos, odontólogos y demás personas habilitadas para brindar atención al paciente sin supervisión clínica son los responsables primarios de la atención al paciente y de los resultados de la atención. Por lo tanto, el establecimiento tiene el mayor nivel de responsabilidad para asegurar que cada uno de estos facultativos esté calificado para brindar una atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes.

El establecimiento asume esta responsabilidad al:

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes que identifican a las personas que pueden trabajar independientemente y al confirmar que la organización también permite que dichos facultativos trabajen independientemente dentro del establecimiento;
- reunir todas las competencias disponibles de los facultativos, incluidas, al menos, evidencias de educación, capacitación y habilitación actual, competencia actual, mediante información de otras organizaciones en las que el facultativo ejerció, además de cartas de recomendación y/o demás información que el establecimiento pueda exigir; y
- verificar la información esencial, como el título y cédula profesionales tanto de licenciatura como de postgrado.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, en el caso de los médicos, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió su título de médico general y de especialidad o subespecialidad, si corresponde, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias..

Para un hospital que se certifique por primera con este modelo ante el Consejo de salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional como médico general y especialista y subespecialista, si corresponde, con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para:

- nuevos facultativos solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y
- en facultativos con antigüedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance, que da prioridad a la verificación de las competencias de facultativos activos que brinden servicios de alto riesgo. Cuando un hospital busque la recertificación, deberá demostrar la verificación de la fuente original de todo su personal médico.

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo que concentra las calificaciones de cada facultativo. El proceso se aplica a todos los tipos y niveles de personal (empleados, honorarios, contratados y personal privado de la comunidad). El establecimiento revisa los archivos de cada facultativo en el nombramiento inicial y al menos cada tres años, para asegurar que su habilitación sea vigente y que sea capaz física y mentalmente de brindar atención y tratamiento al paciente sin supervisión.

Elementos Medibles de SQE.9

1. Se identifica al personal a quien la ley, las reglamentaciones y el establecimiento permite brindar atención al paciente sin supervisión.
2. La habilitación, educación y capacitación se documentan y verifican de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito.
3. Se mantiene un expediente de cada miembro del personal médico, donde se mantienen copias de la habilitación, certificación o registro y demás documentos exigidos por el establecimiento.
4. La habilitación, certificación y registros están actualizados y son vigentes.
5. Existe un procedimiento estandarizado para revisar cada expediente al menos cada tres años.
6. En el nombramiento inicial y al menos cada tres años, se toma una decisión sobre la competencia actual de la persona para prestar servicios de atención médica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar SQE.10**

El establecimiento tiene un proceso estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todo el personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus calificaciones.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar SQE.10.1**

Los privilegios describen las actividades y servicios de atención clínica que se han autorizado o limitado.

Propósito de SQE.10

La determinación de la competencia clínica actual y la decisión sobre qué servicios clínicos tendrá permitido prestar el médico, a menudo llamado **“otorgamiento de privilegios”**, es la **determinación más crítica que un establecimiento deberá hacer para proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad de sus servicios clínicos.**

El establecimiento elige un proceso estandarizado para identificar los servicios clínicos que puede realizar cada médico. Las calificaciones identificadas en SQE.9 serán la base principal para la determinación de los privilegios. También se tendrán en cuenta las cartas de los lugares anteriores donde haya ejercido el profesional, de colegas profesionales, premios y otras fuentes de información, si las hubiera.

Para la ratificación o actualización de los privilegios el establecimiento busca y utiliza la información en las áreas de competencia general siguientes:

- a. Atención al paciente: el facultativo brinda atención al paciente de modo compasivo, adecuado y efectivo para mejorar la salud, prevenir enfermedades, tratar enfermedades y cuidar al paciente al final de su vida.
- b. Conocimiento médico/clínico: de las ciencias biomédicas, clínicas y sociales establecidas y en evolución, así como la aplicación del conocimiento para la atención al paciente y la educación de los demás.
- c. Aprendizaje y mejora basados en el ejercicio: mediante evidencia científica y métodos para investigar, evaluar y mejorar las prácticas de atención al paciente.
- d. Destrezas interpersonales y de comunicación: que les permitan establecer y mantener relaciones profesionales con los pacientes, familiares y demás miembros de los equipos de atención médica.
- e. Profesionalismo: reflejado en el compromiso de un crecimiento profesional continuo, una práctica ética, una comprensión y sensibilidad en lo que se refiere a la diversidad y una actitud responsable hacia los pacientes, su profesión y la sociedad.
- f. Prácticas basadas en el sistema: mediante la comprensión de los contextos y sistemas en los cuales se brinda la atención médica.

Los privilegios se actualizan al menos cada tres años o antes si así lo considera la política del hospital o lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño.

Existe un objetivo y un procedimiento estandarizado basado en la evidencia para utilizar toda esta información en la decisión de otorgar privilegios a un facultativo. El procedimiento se documenta en las políticas.

Los privilegios clínicos, una vez determinados o re-determinados, están disponibles en copia impresa, electrónica u otro medio o lugar (por ejemplo, en quirófano y servicio de urgencias) en el establecimiento, esta información ayudará a asegurar que el personal médico se desempeñe dentro de los límites de su competencia y privilegios autorizados. La información se actualiza periódicamente, según corresponda.

SQE.10 El establecimiento tiene un proceso estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todo el personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus calificaciones.

Elementos Medibles de SQE.10

1. Existe un proceso estandarizado para otorgar privilegios a los médicos. 📄
2. El proceso tiene en cuenta las fuentes de información, según se identifican en el propósito y la revisión anual del desempeño.
3. Los privilegios para los que cada miembro del personal médico tiene autorización se dan a conocer al personal y servicios del establecimiento.

SQE.10.1 Los privilegios describen las actividades y servicios de atención clínica que se han autorizado o limitado.

Elementos Medibles de SQE.10.1

1. Los privilegios describen las actividades o servicios clínicos que se le han autorizado o limitado a cada médico.
2. Los privilegios se actualizan al menos cada tres años o antes si así lo considera la política del hospital o lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño.

Estándar SQE.11

Se realiza una evaluación permanente del ejercicio profesional para conocer la calidad y seguridad de la atención médica que brinda cada miembro del personal médico.

Propósito de SQE.11

Existe un proceso estandarizado para reunir, al menos anualmente, los datos pertinentes sobre cada facultativo para su revisión por parte del responsable del área. Dicha revisión permite que el establecimiento identifique las tendencias del ejercicio profesional que tienen un impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los criterios usados en la evaluación permanente del ejercicio profesional incluyen, entre otros:

- La revisión de los procedimientos operativos y demás procedimientos clínicos realizados y sus resultados.
- El patrón de uso farmacéutico y de sangre.
- Las solicitudes de análisis y procedimientos.
- Los patrones de duración de la hospitalización.
- Los datos de morbilidad y mortalidad.
- El uso que hace el facultativo de las consultas y los especialistas.
- Otros criterios pertinentes según lo determine la organización.

Esta información se puede obtener a través de:

- Revisiones periódicas de las historias clínicas.
- Observación directa.
- Control de técnicas de diagnóstico y tratamiento.
- Control de la calidad clínica.
- Discusión con colegas profesionales y demás personal.

La evaluación de las actividades del personal médico y jefes de servicio se realiza a través de una autoridad interna o externa adecuada.

El proceso permanente de evaluación del ejercicio profesional es objetivo y se basa en la evidencia. El resultado del proceso de revisión puede ser que no haya ningún cambio en las responsabilidades del miembro del personal médico, que haya ampliación de las responsabilidades, limitación de responsabilidades, un periodo de asesoramiento y

supervisión u otras medidas adecuadas. Cuando surjan pruebas de desempeño cuestionables o insuficientes, se realiza una revisión y se toman las medidas adecuadas. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en los privilegios se documentan en las calificaciones del miembro del personal médico.

Elementos Medibles de SQE.11

1. Se realiza una evaluación permanente del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico, que incluye una evaluación extraordinaria cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad. (Ver QPS.1.1, EM 1)
2. La evaluación permanente del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico tiene en cuenta la evidencia disponible, al menos una vez al año, mediante un procedimiento estandarizado definido por el establecimiento.
3. La información del proceso de evaluación del ejercicio profesional se documenta en las calificaciones del miembro del personal médico.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Estándar SQE.12

El establecimiento tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal de enfermería.

Propósito de SQE.12

El establecimiento necesita asegurarse que cuenta con personal de enfermería calificado que coincide con la misión, los recursos y las necesidades de los pacientes. El personal de enfermería es responsable de ofrecer atención directa al paciente y su atención contribuye a los resultados generales del paciente. El establecimiento debe asegurar que el personal de enfermería esté calificado para brindar la atención correspondiente y debe especificar los tipos de atención que tiene permitido brindar.

El establecimiento se asegura de que cada enfermera esté calificada para brindar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al:

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes al personal de enfermería y al ejercicio de la enfermería;
- reunir todas las competencias disponibles sobre cada enfermera, al menos:
 - evidencia de educación y capacitación;
 - evidencia de habilitación actual;
 - evidencia de competencia actual mediante información de otros establecimientos en los cuales la enfermera haya trabajado;
 - cartas de recomendación y/o demás información que el establecimiento pueda exigir; y
- verificar la información esencial, como el título y cédula profesionales, certificación vigente y prueba de finalización de educación especializada o avanzada.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, en el caso del personal de enfermería, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió su título de licenciado en enfermería o técnico en enfermería, así como de posttécnico o especialidad, si corresponde, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias..

Para un hospital que se certifique por primera con este modelo ante el Consejo de Salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional en personal de enfermería titulado (técnicas y licenciadas), con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para:

- nuevas enfermeras solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y
- en enfermeras con antigüedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance, que da prioridad a la verificación de las competencias de enfermeras que brinden servicios de alto riesgo, como Quirófano, servicio de Urgencias o Unidad de Cuidados Intensivos. Cuando un hospital busque la recertificación, deberá demostrar la verificación de la fuente original de todo su personal de enfermería.

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

El establecimiento tiene un proceso que asegura que también se reúnan, verifiquen y revisen las competencias de cada enfermera contratada para asegurar la competencia clínica actual antes de la asignación.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo para las competencias de cada enfermera. Los archivos contienen las habilitaciones actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica. Existe documentación de la capacitación relacionada con toda competencia adicional.

Elementos Medibles de SQE.12

1. El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado que concentra las calificaciones de cada miembro del personal de enfermería.
2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia.
3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito de SQE.9.
4. Se mantiene un expediente con las competencias de cada enfermera.
5. El establecimiento tiene un proceso que asegura que las competencias del personal de enfermería contratado sean válidas y estén completas antes de la asignación.

Estándar SQE.13

El establecimiento tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones del personal de enfermería y en los requisitos reglamentarios.

Propósito de SQE.13

La revisión de las competencias del personal de enfermería ofrece la base para asignar las responsabilidades laborales y las actividades de atención clínica. Esta asignación se puede detallar en una descripción del puesto o en otros documentos. Las asignaciones que haga el establecimiento son coherentes con las leyes y reglamentaciones correspondientes en lo que se refiere a las responsabilidades de la enfermera y la atención clínica. (Ver MMU.6, EM 3)

Elementos Medibles de SQE.13

1. La habilitación, educación, capacitación y experiencia del personal de enfermería se usan para realizar las asignaciones de tareas clínicas.
2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar SQE.14

El establecimiento tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad, incluso la evaluación del desempeño individual, cuando así se indique.

Propósito de SQE.14

El papel clínico esencial del personal de enfermería exige que participe activamente en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. Si en algún momento durante el control, evaluación y mejora de la calidad se pone en duda el desempeño de un miembro del personal de enfermería, el establecimiento tiene un proceso para evaluar su desempeño en forma individual. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en

los responsabilidades laborales (privilegios) se documentan en el expediente del personal de enfermería o en otro archivo.

Elementos Medibles SQE.14

1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento. (Ver QPS.1.1, EM 1)
2. El desempeño individual de enfermería se revisa cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad, independientemente de la evaluación permanente del desempeño (Ver SQE.3).
3. Los resultados del proceso de revisión se documentan en el expediente del personal de enfermería

OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estándar SQE.15

El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) de otros profesionales de la salud.

Propósito de SQE.15

Los establecimientos de atención médica pueden permitir que uno o varios profesionales de la salud brinden atención y servicios a los pacientes o participen en los procesos de atención al paciente, por ejemplo, parteras, técnicos en urgencias médicas, farmacéuticos, nutriólogos, psicólogos, rehabilitadores o aquellas personas que se considera que prestan servicios complementarios a la medicina u ofrecen servicios alternativos (por ejemplo, acupuntura, herbolaria).

Muchos de estos profesionales completan los programas de capacitación formal y reciben una habilitación o certificado o se registran ante las autoridades locales o nacionales. Otros pueden completar programas de aprendizaje menos formales u otras experiencias supervisadas.

En caso de esos otros profesionales de la salud que tienen permitido trabajar o ejercer en el establecimiento de atención médica, la organización es responsable de reunir y verificar sus calificaciones. El establecimiento debe asegurar que los otros profesionales de la salud estén calificados para brindar atención y tratamientos y debe especificar los tipos de atención y tratamiento que tienen permitido brindar.

El establecimiento se asegura de que los otros profesionales de la salud estén calificados para brindar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes a dichos profesionales;
- reunir todas las calificaciones disponibles de cada profesional, incluidas, al menos, evidencias de educación, capacitación, habilitación o certificación actuales cuando se exija; y
- verificar la información esencial, como el registro, habilitación o certificación actuales.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió el título de licenciado en nutrición o en psicología, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias.

Para un hospital que se certifique por primera vez con este modelo ante el Consejo de Salubridad General, se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional tanto de licenciatura como de postgrado, si corresponde, con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública; sin embargo, el hospital deberá presentar un programa que no rebase los dos años para cumplir a cabalidad con el proceso de verificación de la fuente original descrito anteriormente.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para nuevos solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y en profesionales de la salud con antigüedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance.

Cuando no exista un proceso de educación formal exigido, habilitación ni proceso de registro ni otra calificación ni prueba de competencia, se documentará en el expediente de la persona. Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar en el expediente.

El establecimiento reúne y mantiene un archivo que concentra las calificaciones de cada profesional de la salud. Los archivos contienen las habilitaciones o registros actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica.

Elementos Medibles de SQE.15

1. El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para reunir las calificaciones de cada miembro del personal profesional de la salud.
2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia cuando sea pertinente.
3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito de SQE.9.
4. Se mantiene un expediente sobre estos profesionales de la salud.
5. El expediente contiene copias de la habilitación, certificación o registros necesarios.

Estándar SQE.16

El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones de estos profesionales de la salud y en los requisitos reglamentarios.

Estándar SQE.17

El establecimiento tiene un proceso efectivo para la participación de estos profesionales de la salud en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.

Propósito de SQE.16 y SQE.17

La organización es responsable de identificar los tipos de actividad o nivel de servicios que estas personas prestarán en el establecimiento. Esto se puede lograr mediante acuerdos, asignaciones laborales, descripciones del puesto u otros métodos. Además, el establecimiento define el nivel de supervisión (de modo coherente con las leyes y reglamentaciones existentes), para estos profesionales.

Estos profesionales de la salud están incluidos en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento.

SQE.16 El establecimiento tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las calificaciones de estos profesionales de la salud y en los requisitos reglamentarios.

Elementos Medibles de SQE.16

1. La habilitación, educación, capacitación y experiencia de estos profesionales de la salud se usan para realizar las asignaciones de las tareas clínicas.
2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.

SQE.17 El establecimiento tiene un proceso efectivo para la participación de estos profesionales de la salud en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.

Elementos Medibles de SQE.17

1. Los “otros profesionales de la salud” participan en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento. (Ver QPS.1.1, EM 1)
2. El desempeño de los “otros profesionales de la salud” se revisa cuando así lo indican los resultados de las actividades de mejora de la calidad; independientemente de la evaluación permanente del desempeño (Ver SQE.3).
3. Los resultados del proceso de revisión se documentan en el expediente de los “otros profesional de la salud”.

MCI

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
Management of Communication and Information

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Management of Communication and Information

PERSPECTIVA GENERAL

La atención al paciente implica un esfuerzo complejo, sumamente dependiente de la comunicación de información. La comunicación es para la comunidad, los pacientes y sus familiares; así como para los profesionales de la salud dentro y fuera del establecimiento de atención médica. Las fallas de comunicación son una de las causas principales y más comunes de los incidentes de seguridad de los pacientes y de la mala calidad de la atención.

Para brindar, coordinar e integrar los servicios, en los hospitales se confía en la información científica, la que brindan los pacientes, la que se deriva de la atención prestada y de sus resultados, así como del desempeño de todo el establecimiento. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que las autoridades deben manejar en forma efectiva.

Todo establecimiento busca obtener, manejar y usar información para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general.

Con el tiempo, las organizaciones de salud se vuelven más efectivas en:

- identificar las necesidades de información;
- diseñar un sistema de manejo de la información;
- definir y capturar datos;
- analizar datos y transformarlos en información;
- transmitir e informar datos e información; e
- integrar y utilizar la información.

Si bien la informática y demás tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de manejo adecuado y seguro de la información se aplican a todos los métodos, ya sea en papel o en formato electrónico. Estos estándares se encuentran diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no computarizados y tecnologías de la información.

COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD

Estándar MCI.1

El establecimiento de atención médica se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.

Propósito de MCI.1

Los establecimientos de atención médica identifican los grupos comunitarios y los grupos de población que reciben sus servicios, por lo que planifican la comunicación permanente con dichos grupos de interés. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, de organizaciones dentro de la comunidad o a través de terceros. Los tipos de información incluyen:

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
- información sobre la calidad de los servicios, la evaluación se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

Elementos Medibles de MCI.1

1. El establecimiento ha identificado sus grupos comunitarios y población de interés. 📄
2. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a sus condiciones socioculturales.
3. El establecimiento proporciona información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
4. El establecimiento proporciona información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

Estándar MCI.2

El establecimiento informa a los pacientes y familiares sobre la atención que reciben, los servicios que presta y la forma de acceder a éstos.

Propósito de MCI.2

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. (Ver ACC.1.2, EM 1)

Elementos Medibles de MCI.2

1. El establecimiento proporciona información sobre la atención y los servicios que ofrece a los pacientes y sus familiares.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.
3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.

Estándar MCI.3

La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

Propósito de MCI.3

Los pacientes solo 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. (Ver ACC.1.3; PFE.3, EM 1; PFE.5, EM 1 y 2 y PFR.5)

Elementos Medibles de MCI.3

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 comprensible.

COMUNICACIÓN DENTRO Y FUERA DEL ESTABLECIMIENTO

Estándar MCI.4

La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.

Propósito de MCI.4

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.4

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todo el establecimiento, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento, 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.5

Los directores y responsables de áreas se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

Propósito de MCI.5

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los directores y responsables de áreas desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación. Los directores y responsables de áreas elaboran métodos formales (por ejemplo: comités permanentes, 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 elaboración de políticas y procedimientos comunes. Según sea adecuado para los servicios, la comunicación es de naturaleza tanto clínica como no clínica.

Elementos Medibles de MCI.5

1. Los directores y responsables de áreas aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los directores y responsables de áreas fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar MCI.6**

La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre el personal médico, de enfermería y demás profesionales de la salud, durante cada turno y entre los turnos.

Propósito de MCI.6

La comunicación y el intercambio de información entre los profesionales de la salud son fundamentales para un proceso de atención sin complicaciones. La información esencial puede comunicarse por medios verbales, escritos y/o electrónicos. Cada establecimiento decide qué información debe ser comunicada, a través de qué medios y con qué frecuencia. La información comunicada de un profesional a otro incluye:

- el estado de salud del paciente;
- un resumen de la atención proporcionada; y
- la respuesta del paciente a la atención.

Una buena práctica para mejorar la comunicación en momentos claves de la atención médica, es la herramienta SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (S), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (B), evaluaciones (A) y recomendaciones y actividades pendientes (R).

Elementos Medibles de MCI.6

1. Existe un proceso para comunicar información del paciente entre los profesionales de la salud, de manera permanente o en momentos claves del proceso de atención médica.
2. La información comunicada incluye el estado de salud del paciente.
3. La información comunicada incluye un resumen de la atención prestada.
4. La información comunicada incluye la evolución del paciente.

Estándar MCI.7

El expediente clínico del paciente está a disposición de los prestadores de atención, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.

Propósito de MCI.7

El expediente clínico es una fuente primaria de información en el 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 política del establecimiento identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

Elementos Medibles de MCI.7

1. La política determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente. 📄
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.8

La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.

Propósito de MCI.8

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del establecimiento durante su estancia en el hospital. Cuando cambia el equipo de atención debido a que el paciente cambió de área a servicio, la continuidad de la atención al paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se traslade 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 traslada el expediente clínico y/o se elabora un resumen de la información clínica en el momento del traslado del paciente. Dicho resumen incluye el motivo de admisión, 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.

Elementos Medibles de MCI.8

1. El expediente clínico o un resumen de la atención se transfieren junto al paciente a otro servicio dentro del establecimiento.
2. El resumen incluye el motivo de admisión.
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.

LIDERAZGO Y PLANIFICACIÓN

Estándar MCI.9

El establecimiento planifica y diseña procesos de manejo de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.

Propósito de MCI.9

La información se genera y se utiliza durante la atención al paciente. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de una planificación efectiva. La planificación incorpora aportes de varias fuentes:

- los prestadores de atención;
- los directores y responsables de áreas del establecimiento; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención del establecimiento.

La planificación también tiene en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para una comunicación efectiva entre los profesionales.

La prioridad de necesitar información de estas fuentes influye sobre las estrategias de manejo de la información del establecimiento y sobre su capacidad de implementarlas. Las estrategias son adecuadas para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos. El plan es integral, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

El manejo de información no requiere un plan de información formal por escrito, pero sí requiere evidencia de un enfoque planeado que identifique las necesidades de información del establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.9

1. La planificación tiene en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
2. La planificación tiene en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
3. La planificación tiene en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
4. La planificación es adecuada para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.


Estándar MCI.10

Se mantienen la confidencialidad de la información.

Propósito de MCI.10

El establecimiento mantiene la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información que sean sensibles. El establecimiento determina el nivel de confidencialidad mantenido para los distintos tipos de información (por ejemplo, el expediente clínico del paciente, los datos de una investigación).

Elementos Medibles de MCI.10

1. Existe una política escrita que se ocupa la confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones. 
2. La política está implementada.
3. Se controla el cumplimiento de la política.
4. El establecimiento cuenta con un proceso, conforme a la normatividad vigente, que define los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Estándar MCI.11

Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Propósito de MCI.11

Las políticas se ocupan de los procedimientos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información así clasificada. El acceso a las distintas categorías de información se basa en las necesidades identificadas por cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en caso de que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico de un paciente e ingresar información. El establecimiento elabora una política para autorizar 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 personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos de los pacientes.

Elementos Medibles de MCI.11

1. El establecimiento cuenta con una política que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes. 📄
2. La política 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 y las que tienen un cargo laboral que les permite el acceso.
4. La política está implementada.
5. Se controla el cumplimiento de la política.

Estándar MCI.12

El establecimiento cuenta con una política sobre el tiempo de retención de los expedientes, datos e información.

Propósito de MCI.12

El establecimiento elabora e implementa una política que guía la retención de los expedientes clínicos de pacientes y demás datos e información. 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, la demás información deberá retenerse por periodos suficientes para cumplir con las leyes y reglamentaciones y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la documentación legal, la investigación y la educación. La política de retención contempla el cuidado de la información en términos de confidencialidad y seguridad. Cuando el periodo de retención se termina, se destruyen debidamente los expedientes clínicos y demás registros, datos e información.

Elementos Medibles de MCI.12

1. El establecimiento cuenta con una política sobre la conservación y retención de los expedientes clínicos y demás datos e información. 📄
2. El proceso de conservación y retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
3. Los expedientes, registros, datos e información se destruyen debidamente.

Estándar MCI.13

El establecimiento cuenta con un listado de códigos de diagnóstico estandarizados (conforme lo dispuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10), códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas de unidades de medida aceptados por el establecimiento.

Propósito de MCI.13

La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizados facilitan la comparación de datos e información dentro de una unidad y entre unidades. El empleo uniforme de códigos de diagnóstico y procedimientos respalda la categorización, agrupación y el análisis de los datos. Las abreviaturas permitidas y los símbolos (por ejemplo, los de elementos químicos de la tabla periódica como Na [Sodio], K [Potasio], O₂ [Oxígeno], etc.), también están estandarizados, e incluyen una lista de “no utilizar”. Dicha estandarización cumple con la normatividad correspondiente y los estándares reconocidos locales y nacionales.

Elementos Medibles de MCI.13

1. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados, y se controla su uso.
2. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados, y se controla su uso.
3. Se emplean definiciones estandarizadas.
4. Se emplean símbolos estandarizados, y están identificados y controlados los que no deben emplearse.
5. Se emplean abreviaturas estandarizadas, y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.

Estándar MCI.14

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.14

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen:

- proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite;
- dar al informe un formato que ayude a su uso en el proceso de decisión;
- proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite;
- vincular fuentes de datos e información; y
- ofrecer interpretación o aclaración de datos.

Elementos Medibles de MCI.14

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.15

En la selección, integración y utilización de la tecnología de manejo de la información participa el personal clínico y directivo.

Propósito de MCI.15

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 del establecimiento. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de manejo de la información existentes; la tecnología mencionada ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios del establecimiento. Este nivel de coordinación requiere la participación del personal clave, tanto clínico como de directivo, en el proceso de selección.

Elementos Medibles de MCI.15

1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
2. El personal de directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.

Estándar MCI.16

Los expedientes clínicos y la información del establecimiento están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

Propósito de MCI.16

Los expedientes clínicos de los pacientes y demás datos e información 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. El establecimiento también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso. (Ver PFR.1.6)

Elementos Medibles de MCI.16

1. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

Estándar MCI.17

Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben educación y capacitación sobre los principios del manejo de la información.

Propósito de MCI.17

El personal del establecimiento que genera, recolecta, analiza y usa los datos recibe educación y capacitación a fin de participar efectivamente en el manejo de la información.

Esta educación y capacitación permiten al personal:

- comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información;
- usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;
- ayudar en la interpretación de datos;
- usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones;
- educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención; y
- usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

El personal está educado y capacitado según corresponda, de acuerdo a sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de datos e información. El proceso de manejo 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 directores y responsables de áreas del establecimiento a hacer planes en colaboración. El proceso de manejo de la información respalda a los líderes con datos longitudinales y datos comparativos integrados.

Elementos Medibles de MCI.17

1. Los responsables de tomar decisiones y demás personas reciben educación sobre los principios del manejo 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.18

Una política o protocolo define los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.

Propósito de MCI.18

La política describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:

- a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;
- b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos;
- c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles dondequiera que se utilicen;
- d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;
- e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;
- f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
- g) 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
- h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos 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 correspondiera).

Existe un proceso para asegurarse de que el personal haya leído y estén familiarizados con las políticas y procedimientos relevantes para su trabajo.

Los procesos para la elaboración y el mantenimiento de las políticas y procedimientos están implementados.

Elementos Medibles de MCI.18

1. Existe una política que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos, que incluyen al menos los siguientes puntos:
 - a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación
 - b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos
 - c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles donde quiera que se utilicen
 - d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos
 - e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento
 - f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
 - g) 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
 - h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.
2. La política esta implementada.

EXPEDIENTE CLÍNICO**Estándar MCI.19**

El establecimiento inicia y mantiene un expediente clínico para cada paciente evaluado o tratado.

Propósito de MCI.19

Todo paciente evaluado o tratado en un establecimiento de atención médica como paciente hospitalizado, ambulatorio o de urgencias cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente y un único identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de MCI.19

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo o número de expediente clínico del paciente 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.19.1.1

El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.

Estándar MCI.19.1.1.1

El expediente clínico de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Propósito de MCI.19.1, MCI.19.1.1 y MCI.19.1.1.1

El expediente clínico de cada paciente debe presentar 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 NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El expediente de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la información específica identificada en el estándar MCI.19.1.1.1.

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 médica acorde a la NOM-168-SSA1-1998.

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

MCI.19.1.1 El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.

Elementos Medibles de MCI.19.1

1. *Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.*
2. *Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.*
3. *Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.*

MCI.19.1.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de MCI.19.1.1.1

1. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen la hora de llegada.
2. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen el estado del paciente al alta.
4. Los expedientes clínicos de urgencia incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

Estándar MCI.19.2

La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y determina el contenido y el formato del expediente.

Estándar MCI.19.3

Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.

Propósito de MCI.19.2 y MCI.19.3

El acceso a cada categoría de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluido el personal en formación. Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto de la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información el mismo. El establecimiento elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos de los pacientes. 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 ponga la fecha. Si el establecimiento lo exige, también se anota la hora en que se ingresó la información, por ejemplo en el caso de tratamientos con horarios u órdenes de medicamentos.

MCI.19.2 La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del expediente.

Elementos Medibles MCI.19.2

1. Las personas autorizadas para ingresar información en el expediente clínico de un paciente están identificadas en la política del establecimiento.
2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política del establecimiento.
3. Solo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos de los pacientes.

MCI.19.3 Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.

Elementos Medibles de MCI.19.3

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente y se consigna el nombre y la firma.
2. Se puede identificar la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente.
3. Cuando el establecimiento así lo exige, se puede identificar la hora de ingreso de la información.

Estándar MCI.19.4

Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el establecimiento evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

Propósito de MCI.19.4

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico del paciente, cumpliendo lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998, y cuenta con un proceso para evaluar el contenido de los expedientes y la completitud de los mismos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño del establecimiento y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes de los pacientes se basa en una muestra que representa a los facultativos que prestaron la atención y los tipos de atención prestada.

El proceso de revisión del expediente lo realiza un grupo colegiado (Comité del Expediente Clínico), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordina la revisión de los expedientes con 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 como los de pacientes dados de alta.

Elementos Medibles MCI.19.4

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 de Calidad y Seguridad del paciente 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 lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.**
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 incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

AGRUPACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Estándar MCI.20

La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estándar MCI.20.1

El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de información del personal clínico, responsables de áreas, director del establecimiento y de organismos ajenos a la organización.

Estándar MCI.20.2

El establecimiento respalda la atención brindada al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Estándar MCI.20.3

El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Propósito de MCI.20 hasta MCI.20.3

El establecimiento analiza datos agrupados y categorizados para respaldar la atención al paciente y la gestión del establecimiento. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un perfil del establecimiento en el tiempo, y permiten comparar el desempeño del establecimiento con el de otras organizaciones. Por consiguiente, los datos agrupados y categorizados constituyen una parte importante de las actividades de mejora del desempeño del establecimiento. En particular, los datos agrupados y categorizados sobre el manejo de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos, prevención y control de infecciones y control de utilización, pueden ayudar a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar.

Los prestadores de atención médica, investigadores, educadores y directivos, a menudo necesitan información que los ayude con sus responsabilidades, dicha información puede incluir literatura científica y de gestión, guías de práctica clínica, hallazgos de investigación y metodologías educativas. El Internet, el material impreso de una biblioteca, las fuentes de búsqueda en línea y los materiales personales son todas fuentes valiosas de información actual.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un establecimiento de atención médica puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar y documentar el nivel de desempeño de la organización. 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. Es posible que las leyes, reglamentos y normas vigentes exijan a los establecimientos que colaboren con algunas bases de datos externas (*Ver QPS.4.2*). En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información.

MCI.20 La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de MCI.20

1. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención al paciente.
2. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la gestión del establecimiento.
3. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

MCI.20.1 El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de información del personal clínico, responsables de áreas, director del establecimiento y de organismos ajenos a la organización.

Elementos Medibles de MCI.20.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, en respuesta a las necesidades identificadas de los usuarios.
2. El establecimiento proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización.

MCI.20.2 El establecimiento respalda la atención brindada al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Elementos Medibles de MCI.20.2

1. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la atención al paciente.
2. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la educación clínica.
3. La información científica actual y otros tipos de información, respaldan la investigación.
4. La información profesional actual y otros tipos de información, respaldan la gestión.
5. La información se proporciona en un marco de tiempo que satisface las expectativas de los usuarios.

MCI.20.3 El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Elementos Medibles de MCI.20.3

1. El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de las mismas.
2. El establecimiento contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a las leyes o reglamentaciones.
3. El establecimiento compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. (Ver QPS.4.2, EM 2 y PCI.10.4, EM 1)
4. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

GLOSARIO

A

ACCIDENTE DE TRABAJO: es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

ACTIVIDADES PELIGROSAS: es el conjunto de tareas derivadas de los procesos de trabajo, que generan condiciones inseguras y sobre exposición a los agentes físicos, químicos o biológicos, capaces de provocar daño a la salud de los trabajadores o al centro de trabajo.

ACTOS INSEGUROS: son las acciones realizadas por el trabajador, que omite o viola el método o medidas aceptadas como seguras.

ACONTECIMIENTO ADVERSO POR MEDICAMENTOS (AAM): Daño, leve o grave, causado por el mal uso de un medicamento o por la falta de uso. Pueden ser AAM prevenibles: causados por un error de medicación. AAM no prevenibles: daños sin error, por ejemplo, reacciones adversas o efectos adversos.

ALTA: autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria; 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: proceso para identificar la base o los factores causales subyacentes a la variación en el desempeño, incluso la incidencia o posible incidencia de un evento centinela. Véase también evento centinela.

ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE RIESGO: la identificación de urgencias potenciales y los efectos directos e indirectos que estas urgencias pueden tener sobre las operaciones del establecimiento de atención médica y sobre la demanda de sus servicios.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: servicios relacionados con la resolución de problemas clínicos, en especial mediante métodos de laboratorio para diagnósticos clínicos. Incluye química clínica, bacteriología y micología, parasitología, virología, microscopía clínica, hematología, inmunohematología y coagulación, inmunología, serología y radiobioensayo.

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. Existen cuatro niveles de sedación y anestesia:

- **Sedación mínima (ansiolisis):** un estado provocado por fármacos durante el cual los pacientes responden con normalidad a las órdenes orales. Si bien la función cognitiva y la coordinación podrían resultar afectadas, las funciones respiratoria y cardiovascular no se ven afectadas.

- **Sedación de procedimiento (o moderada, anteriormente denominada “sedación consciente”):** una depresión del nivel de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes responden con determinación a las órdenes orales, ya sean solas o acompañadas de una leve estimulación táctil. El reflejo de retirada por un estímulo doloroso no se considera una respuesta con determinación. No se necesita ninguna intervención para mantener una vía respiratoria permeable en el paciente, y la respiración espontánea es adecuada. Por lo general se mantiene la función cardiovascular.
- **Sedación profunda/analgesia:** una depresión del nivel de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes no pueden ser despertados fácilmente, pero responden con determinación luego de estímulos reiterados dolorosos. Es posible que se vea afectada la capacidad de mantener en forma independiente la función respiratoria. Los pacientes quizá necesiten ayuda para mantener una vía respiratoria permeable, y puede que no sea adecuada la respiración espontánea. Por lo general se mantiene la función cardiovascular.
- **Anestesia:** consta de anestesia general y anestesia raquídea o regional importante. No incluye la anestesia local. La anestesia general es una pérdida de conciencia, provocada por fármacos, durante la cual los pacientes no pueden ser despertados, ni siquiera por estímulos dolorosos. A menudo resulta afectada la capacidad de mantener en forma independiente la función respiratoria. Los pacientes a menudo necesitan ayuda para mantener una vía respiratoria permeable, y se necesitará ventilación de presión positiva debido a la respiración espontánea deprimida o a la depresión de la función neuromuscular provocada por fármacos. Posiblemente resulte afectada la función cardiovascular.

ATENCIÓN EXTERNA: Tipos de servicios de atención médica que se brindan a los pacientes en régimen ambulatorio. Los servicios de atención externa se proporcionan en varios entornos, que van desde instalaciones quirúrgicas independientes hasta centros de cateterismo cardíaco.

ATENCIÓN NUTRICIONAL: intervenciones y orientación para promover una nutrición adecuada. Esta actividad se basa en una evaluación del estado nutricional y en información sobre alimentos, otras fuentes de nutrientes y preparación de alimentos. Tiene en cuenta los orígenes culturales y el nivel socioeconómico del paciente.

C

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente: cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.

CALIFICACIONES: evidencia de competencia, habilitaciones actuales y relevantes, educación, capacitación y experiencia. Cada organización podrá agregar otros criterios. Véase también competencia; verificación de calificaciones.

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.

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP). Órgano de carácter técnico-consultivo, que vincula y conduce la calidad y la seguridad del paciente, es un comité integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrollan en los establecimientos de atención médica. *Fuente: Instrucción 171/2009, SICALIDAD*

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA (COFAT). Órgano de carácter técnico-consultivo, de asesoramiento, coordinación e información relacionada con el uso y manejo de los medicamentos en el hospital. Este comité es el elemento esencial para el buen funcionamiento del sistema de medicación, ya que en éste se seleccionan los medicamentos, se elabora el Cuadro Básico o Listado de medicamentos del hospital y se prepara la Guía Farmacoterapéutica, elemento rector de las políticas de prescripción del hospital, así como de los protocolos de atención y guías de práctica clínica. *Fuente: Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria*

COMPETENCIA. Determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas una descripción de puesto.

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS. Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, traslados, cambios de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben de comentar con el médico que prescribe y si se requiere se deben de corregir. Los cambios realizados se deben de documentar y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente y al mismo paciente.

CONDICIONES INSEGURAS: Son las situaciones o circunstancias peligrosas que derivan de los elementos que conforman el medio ambiente laboral y pueden hacer posible la ocurrencia de un accidente, enfermedad de trabajo o daño material.

CONDICIONES PELIGROSAS: son aquellas que pueden provocar un incidente, accidente o una enfermedad de trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

CONTROL: revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación.

CUASIFALLA: toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha "ocasión" cae dentro del alcance de la definición de evento adverso. Véase también evento adverso.

CRITERIOS DE BASE FISIOLÓGICA: criterios centrados en la rama de la biología que se ocupa de las funciones de los organismos vivos y sus partes, de los factores físicos y químicos y los procesos implicados.

D

DATOS: hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan "datos en bruto".

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO: breve explicación de la justificación, el significado y la trascendencia de un estándar, expresada en este manual bajo el encabezado "Propósito".

DECLARACIÓN DE MISIÓN: expresión escrita que expone el propósito de una organización o de uno de sus componentes. La generación de una declaración de misión generalmente precede a la formación de metas y objetivos.

DERIVACIÓN: el envío de una persona (1) de la consulta de un médico a la de otro o a la de un especialista; o (2) de un entorno o servicio a otro, o a otro recurso, ya sea para consulta o para atención que la fuente que deriva no está preparada o calificada para proporcionar.

DESASTRE: véase *emergencia*

DESCRIPCIÓN DE PUESTO: explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo.

E

EDUCACIÓN DENTRO DEL SERVICIO: educación organizada, por lo general impartida en el lugar de trabajo, diseñada para mejorar las habilidades del personal o para enseñarles nuevas destrezas relevantes para su trabajo y para las disciplinas que manejan.

EFFECTO SECUNDARIO: resultado indirecto predecible pero inevitable de los efectos farmacológicos del medicamento

EFICIENCIA: la relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar la atención. Por ejemplo, cuando dos programas 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.

EMERGENCIA:

- Una ocasión imprevista o repentina, como una cirugía de urgencia necesaria para evitar la muerte o una discapacidad grave.
- Un evento natural o provocado por el hombre que trastorna significativamente el entorno de atención (por ejemplo, daños al edificio o al terreno del establecimiento por vientos fuertes, tormentas o terremotos), que trastorna significativamente la atención y el tratamiento (por ejemplo, pérdida de servicios básicos como electricidad, agua o teléfonos debido a inundaciones, disturbios civiles, accidentes o emergencias en el establecimiento o en su comunidad), o que resulta en demandas repentinas de los servicios del establecimiento (por ejemplo ataque bioterrorista, derrumbe de un edificio o choque de aviones en la comunidad del establecimiento). Algunas emergencias se denominan “desastres” o “eventos creadores de lesiones potenciales”.

ENSAYO CLÍNICO: prueba de una terapia realizada en tres o a veces cuatro fases, dependiendo del propósito, el tamaño y el alcance de la prueba:

- Los *ensayos de la “Fase I”* evalúan la seguridad de los fármacos, dispositivos o técnicas de diagnóstico, terapéuticos profilácticos, para determinar el rango seguro de la dosis (si correspondiera). En ellos participa una pequeña cantidad de sujetos sanos. El ensayo dura generalmente alrededor de un año.
- Los *ensayos de la “Fase II”* están por lo general controlados para evaluar la efectividad y la dosis (si correspondiera) de los fármacos, dispositivos o técnicas. En estos estudios participan varios cientos de voluntarios, incluida una cantidad limitada de pacientes con la enfermedad o el trastorno en el que se centra el estudio. El ensayo dura generalmente alrededor de dos años.

- Los *ensayos de la "Fase III"* verifican la efectividad de los fármacos, dispositivos o técnicas determinados en los estudios de la Fase II. Se controla a los pacientes de la Fase II para identificar toda reacción adversa a causa del uso a largo plazo. Estos estudios cuentan con la participación de grupos de pacientes lo suficientemente grandes como para identificar respuestas relevantes desde el punto de vista clínico. El ensayo dura generalmente alrededor de tres años.
- Los *ensayos de la "Fase IV"* estudian los fármacos, dispositivos o técnicas que han sido aprobadas para la venta al público en general. Estos estudios suelen realizarse para obtener más datos sobre la seguridad y la eficacia de un producto.

EQUIPO MÉDICO: equipo fijo y portátil utilizado para el diagnóstico, tratamiento, control y atención directa de los pacientes.

ERROR DE MEDICACIÓN: "Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño al paciente, durante cualquiera de los procesos que conforman el sistema de medicación

ESTÁNDAR: 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 expedientes clínicos 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 instalación segura, efectiva y bien gestionada (por ejemplo, prevención y control de infecciones, gestión de las instalaciones, calificaciones del personal).

ESTADO FUNCIONAL: capacidad de las personas de cuidar de sí mismos física y emocionalmente, según corresponda conforme a su grupo etario. El estado funcional puede dividirse en funciones "sociales", "físicas" y "psicológicas". El estado funcional puede evaluarse haciendo preguntas durante los exámenes médicos periódicos o a través de instrumentos formales de evaluación. Véase también medición.

EVENTO CENTINELA: un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta.

EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE: Un informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones, detalles del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS: remoción de un órgano con fines de trasplante.

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.

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”.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: declaraciones que ayudan a los médicos y a los pacientes a elegir la atención médica adecuada para problemas clínicos específicos (por ejemplo, recomendaciones sobre el manejo de casos de diarrea en niños menores de 5 años). Se guía al médico a través de todas las fases de la atención (preguntas a formular, signos físicos a buscar, análisis de laboratorio a indicar, evaluación de la situación, tratamiento a indicar y seguimiento).

H

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).

I

INDICADOR: una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

L

LISTA DE “NO UTILIZAR”: un catálogo escrito de abreviaturas, siglas y símbolos que no deben utilizarse en una organización, ya sea escritos a mano o ingresados en una computadora como texto libre, debido a su naturaleza potencialmente confusa.

M

MAPA DE RIESGO: un elemento clave que apoya la planeación para reducir los efectos destructivos que provocan los fenómenos naturales o antropogénicos, es identificar los riesgos a los que está expuesto el país. Conocer dónde, cuándo y cómo afectan estos eventos perturbadores, permite a las autoridades y comunidad adoptar medidas de prevención que mitiguen el impacto de los desastres.

MATERIALES Y DESECHOS PELIGROSOS: materiales cuya manipulación, uso y almacenamiento están pautados o definidos por reglamentaciones locales, regionales o nacionales, vapores peligrosos y fuentes de energía peligrosas.

MEDICAMENTO: todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos).

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: aquellos fármacos que conllevan un riesgo de error que puede conducir a resultados adversos importantes.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (O DE BASE CIENTÍFICA): toma de decisiones médicas basadas en evidencia empírica o a falta de la misma, en el consenso de expertos (como por ejemplo declaraciones de consenso promovidas por asociaciones profesionales). El enfoque requiere la comprensión de resultados contradictorios y la evaluación de la calidad y la solidez de la evidencia. Finalmente, los médicos deben saber cómo se aplica esto a los pacientes y a la política de atención médica.

MEDICIÓN: Recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se “mide”). Herramienta cuantitativa. Véase también “indicador”

MEJOR PRÁCTICA: técnicas, métodos o procesos clínicos, científicos o profesionales reconocidos por una mayoría de profesionales de un campo en particular como los más efectivos para obtener un resultado en particular en comparación con cualquier otra práctica. Estas prácticas, también denominadas a veces “buena práctica” o “práctica superior” están, típicamente, basadas en la evidencia y se alcanzan por consenso.

METODOLOGÍA RASTREADORA: Es la metodología de evaluación que utiliza el Consejo de Salubridad General para auditar a establecimientos de atención médica; se analizan los sistemas de una organización, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por los pacientes. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de una organización o una única unidad de atención para “rastrear” la atención prestada a un paciente:

- **Rastreo de un paciente:** metodología 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, y el uso de la información.

MULTIDISCIPLINARIO: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

OBSERVACIÓN: el tiempo durante el cual un paciente es observado de cerca por uno o más prestadores de atención

ORGANIGRAMA: representación gráfica de cargos y relaciones de subordinación en una organización, a veces denominada “diagrama organizativo” o “tabla del establecimiento”.

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).

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: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

PACIENTE AMBULATORIO: generalmente, personas que no necesitan el nivel de atención asociado con el entorno más estructurado de la internación o de un programa residencial. En muchos países, la atención ambulatoria se conoce también como “atención externa”. En algunos países, los pacientes ambulatorios se consideran “admitidos” en una organización de asistencia sanitaria; en otros, dichos pacientes se consideran “inscritos”. Véase también atención externa.

PACIENTE INTERNADO: generalmente, personas admitidas y alojadas en un establecimiento de atención médica, al menos de un día para el otro.

PERSONA CALIFICADA: una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

PERSONAL: según sea adecuado a sus roles y responsabilidades, todas las personas que brindan atención, tratamiento y servicios en el hospital (por ej., el personal médico y el de enfermería), incluidos los asalariados (por ej, personal permanente, temporal y de medio tiempo, al igual que empleados contratados), los voluntarios y los estudiantes de profesiones sanitarias.

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 O PROGRAMA: 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, guías clínicas, protocolos de atención, o una combinación de los mismos.

PLAN DE ATENCIÓN: un plan que identifica las necesidades de atención del paciente, enumera la estrategia para atender dichas necesidades, documenta las metas y objetivos del tratamiento, describe los criterios para finalizar las intervenciones y documenta la evolución de la persona en pos de alcanzar las metas y objetivos especificados. Se basa en los datos recolectados durante la evaluación del paciente. En algunas organizaciones, el formato del plan puede estar guiado por políticas y procedimientos, guías clínicas o protocolos de atención, o una combinación de los mismos. El plan de atención puede incluir prevención, atención, tratamiento, habilitación y rehabilitación. Véase también plan.

PLAN(ES) DE GESTIÓN AMBIENTAL: documento escrito del establecimiento que describe el proceso implementado para las siguientes áreas de operación: seguridad y protección, materiales peligrosos, urgencias, seguridad ante incendios, equipos médicos y servicios básicos. El plan identifica los procedimientos específicos que describen las estrategias, acciones y responsabilidades atenuantes, de preparación, de respuesta y de recuperación.

PROCEDIMIENTO INVASIVO: procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo.

PROCESO: una serie de acciones (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios). Por ejemplo, un programa de educación sanitaria rural requerirá que el personal elabore una estrategia educativa, materiales educativos y que imparta las sesiones educativas.

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE: el acto de proporcionar espacio, comodidad y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad por la seguridad, incluido el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y demás programas que la organización o la red soliciten para la persona.

PROGRAMAS DE LABORATORIO DE ESPECIALIDADES: programas que incluyen disciplinas de laboratorio tales como química (incluso toxicología, prueba de fármacos terapéuticos, y prueba de abuso de drogas), citogenética e inmunogenética clínica, inmunología de diagnóstico, embriología, hematología (incluso análisis de coagulación), histocompatibilidad, inmunohematología, microbiología (incluso bacteriología, micobacteriología, micología, virología y parasitología), biología molecular, anatomía patológica (incluso patológica quirúrgica, citopatología y necropsia) y radiobioensayo.

PROGRAMA DE MANEJO DE RIESGOS: actividades clínicas y administrativas que emprenden las organizaciones para identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesiones de los pacientes, el personal y los visitantes, y el riesgo de pérdida para la organización misma.

PROFESIONAL DE LA SALUD: toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención médica. 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 DE ATENCIÓN: herramientas que describen los procesos que los ensayos clínicos o un consenso de opiniones de expertos consideran los más efectivos en la evaluación y/o tratamiento de un paciente que padece un síntoma, trastorno o diagnóstico específicos, o que describen un proceso específico. Son sinónimos, entre otros, parámetros de práctica, protocolo, patrón de práctica preferida y pauta.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: plan de tratamiento científico o descripción del estudio, que incluye tipos de participantes del ensayo, cronograma, procedimientos, medicamentos y dosis, etc., para el empleo de un procedimiento experimental o un tratamiento nuevo, con la intención de medir las aplicaciones en seres humanos.

R

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS: Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

Reacción nociva no intencionada, que ocurre a las dosis usuales en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

RECLUTAR: buscar, por lo general se refiere a nuevos empleados u otros miembros de una organización.

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.

RESUMEN DEL ALTA: una sección del expediente clínico del paciente que resume los motivos de admisión, los hallazgos importantes, los procedimientos realizados, el tratamiento administrado, el estado del paciente al alta y toda instrucción específica dada al paciente o a la familia (por ejemplo, seguimiento, medicamentos).

RUTAS CLÍNICAS: un régimen de tratamiento acordado que incluye todos los elementos de la atención.

S

SEGURIDAD HOSPITALARIA: el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.

SERVICIOS SUBROGADOS: servicios prestados mediante un contrato por escrito con otra organización, organismo o persona. El contrato especifica los servicios o personal a proporcionarse en nombre del establecimiento solicitante, y las tarifas por prestar dichos servicios personal.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: el empleo de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales juntas para capacitar o volver a capacitar a personas discapacitadas por causa de enfermedades o lesiones. La meta es hacer posible que los pacientes logren el máximo nivel posible de funcionalidad.

SERVICIOS PALIATIVOS: tratamientos y servicios de apoyo que pretenden aliviar el dolor y el sufrimiento más que curar una enfermedad. La terapia paliativa puede incluir cirugía o radioterapia realizadas para reducir o encoger tumores que oprimen estructuras vitales y que, por lo tanto, mejoran la calidad de vida. Los servicios paliativos incluyen la atención de las necesidades psicológicas y espirituales del paciente, y el apoyo al paciente en agonía y a su familia.

SERVICIOS PREVENTIVOS: intervenciones para promover la salud y prevenir enfermedades. Esto incluye la identificación y orientación en lo que se refiere a factores de riesgo (por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo), la evaluación para detectar enfermedades (por ejemplo, cáncer de mama, enfermedades de transmisión sexual), las vacunaciones y la quimioprofilaxis (por ejemplo, terapia de sustitución hormonal).

SISTEMA DE SERVICIOS BÁSICOS: sistema y equipo de toda la organización que respalda lo siguiente: 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.

T

TIEMPO FUERA O “TIME OUT”: momento justo antes de realizar una cirugía u otro procedimiento, durante la cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que no hayan sido respondidas o las confusiones respecto al paciente, al procedimiento o al sitio de la operación. Incluso cuando el procedimiento lo realice una sola persona, es adecuado hacer una breve pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, del procedimiento correcto y del lugar del cuerpo correcto.

TERAPIA DE NUTRICIÓN: tratamiento médico que incluye nutrición enteral y parenteral.

TRIAGE: instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

V

VARIACIÓN: las diferencias de resultados obtenidos al medir el mismo evento más de una vez. Las fuentes de variaciones pueden agruparse en dos clases principales: causas comunes y causas especiales. Demasiada variación a menudo conduce a desperdicio y pérdidas, como por ejemplo un resultado de salud indeseado de un paciente y un costo aumentado de los servicios sanitarios.

VERIFICACIÓN DE CALIFICACIONES: el proceso de obtener, comprobar y evaluar las calificaciones de un facultativo sanitario para prestar servicios de atención al paciente en un establecimiento de atención médica o para una organización tal. El proceso de revisar periódicamente las calificaciones del personal se llama reverificación de calificaciones.

SiNaCEAM

**Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**

Homero 213 Piso 2 Col. Chapultepec Morales
C.P.: 11570 Del. Miguel Hidalgo, México DF
Tel.: 52 63 92 50 Ext. 1098 y 1065
20 00 34 00 Ext. 59036 y 53522
www.csg.gob.mx