



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

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

**Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**

Estándares para la Certificación de Hospitales

Vigentes a partir de 1 de enero de 2009

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vocales:

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
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Politécnico Nacional
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C.
Fundación Mexicana para la Salud
Secretaría de Salud en el Estado de Sonora y representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León y representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí y representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán,
Representante de la Zona Sureste

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Academia Mexicana de Pediatría
Sociedad Mexicana de Salud Pública
Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas
Asociación Nacional de Hospitales Privados
Colegio Médico de México
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería
Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

**COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
DE ATENCIÓN MÉDICA**

Presidente de la Comisión
Dr. Enrique Ruelas Barajas

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

Instituciones participantes:
Secretaría de Salud

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud en el Estado de Sonora y representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León y representante de la Zona
Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí y representante de la Zona
Centro
Secretaría de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán,
Representante de la Zona Sureste
Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería
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 de la Atención a la Salud
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

AGRADECIMIENTOS

A la **Asociación Nacional de Hospitales Privados** por su apoyo fundamental para la realización del proceso de homologación internacional de estándares.

**POR SU COLABORACIÓN EN LA REVISIÓN, DISCUSIÓN Y
CONSTRUCCIÓN DE LA PRESENTE CÉDULA:**

Ing. Antonio Silva Pérez

Surveyor de la Joint Commission International
Hospital CIMA Santa Engracia

Dr. Víctor Manuel López Raya

Hospital General de México

Dra. Martha Sobreyra Oropeza

Hospital de la Mujer "Dr. Jesús Alemán Pérez"

Lic. Enf. Beatriz Gutiérrez Moreno

O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara

Secretaría de Salud

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. María Eugenia Espinosa Pérez

Dr. Samuel Fuentes Reyna

Dr. René Jaime Toro Calzada

Dra. Juanita Valdivia Camacho

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. Asunción Eugenia Cervantes Salgado

Dr. José Manuel Velasco González

Secretaría de Marina

Lic. Enf. Rosa María Volantín Hernández

Secretaría de la Defensa Nacional

Lic. Enf. Elizabeth A. Flores Ahumada

Lic. Enf. Elvira Gámez Ruiz

Petróleos Mexicanos

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Dra. Silvia Valentina Trejo Rayón

Dr. Pedro Macías Cortés

Dra. Elia Lorena Rentería Olvera

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería

Lic. Irene Rodríguez Fletcher

Centro Médico ABC

Lic. Enf. Raquel Anaela Martínez Mesa

Ing. Manuel Carlos Mah-Eng Múzquiz

Hospital Español

Sociedad de Beneficencia Española, I.A.P.

Mtra. Norma Contreras Rodríguez

Lic. Enf. María del Carmen Martínez Sánchez

Grupo Christus Muguerza

Ing. Geraldina Treviño Moncayo

Hospital San José - Tec de Monterrey

Dra. Sara Fonseca Castañol

Residente de la Especialidad de Calidad de la Atención Clínica
Tecnológico de Monterrey

Joint Commission International

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Secretariado del Consejo de Salubridad General
responsable de la homologación internacional de estándares

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Dra. Ma. Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Lic. Ángel Fernando Galván García

Dr. Lino Campos Álvarez

Dra. Ma. Guadalupe García Meraz

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
ESTRUCTURA DE LA CÉDULA PARA CERTIFICAR HOSPITALES	6
POLÍTICAS DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	9
CAPÍTULO I ESTÁNDARES INTERNACIONALES	
SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE	13
Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)	13
Derechos del paciente y de su familia (PRF)	28
Evaluación de pacientes (AOP)	48
Atención de pacientes (COP)	76
Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	91
Manejo y uso de medicamentos (MMU)	101
Educación del paciente y de su familia (PFE)	116
SECCIÓN II: ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	122
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	122
Prevención y control de infecciones (PCI)	140
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)	154
Gestión y seguridad de la instalación (FMS)	170
Calificaciones y educación del personal (SQE)	187
Manejo de la comunicación y la información (MCI)	208

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

	Pag.
SECCIÓN III: METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	226
CAPÍTULO II ESTÁNDARES NACIONALES	
SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE	234
Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)	234
Derechos del paciente y de su familia (PRF)	236
Evaluación de pacientes (AOP)	238
Atención de pacientes (COP)	239
Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	242
Manejo y uso de medicamentos (MMU)	243
Educación del paciente y de su familia (PFE)	244
SECCIÓN II: ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	246
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	246
Prevención y control de infecciones (PCI)	248
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)	249
Gestión y seguridad de la instalación (FMS)	250
Calificaciones y educación del personal (SQE)	251
Manejo de la comunicación y la información (MCI)	252
SECCIÓN III: SISTEMAS DE INFORMACIÓN	254
GLOSARIO	259

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la Certificación de Establecimientos de Atención Médica?

Es el proceso por 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.

¿Para que sirve la Certificación?

El objetivo del 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.

Las ventajas competitivas 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 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 adquisición de servicios de atención médica que sean convocados por el Gobierno Federal y el Gobierno del Distrito Federal.

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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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, tiene su fundamento en el artículo 73 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; de conformidad con el artículo 4º de la Ley General de Salud, representa la segunda 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 como requisito legal 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, se hacía necesario 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 se estuvieran ofertando.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

México carecía de una instancia certificadora de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con buena calidad. 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. 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 Secretaria 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 debería ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; para 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado, 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 persona 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 de 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, 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

Como resultado de lo anterior, el 13 de Junio de 2008, el Consejo de Salubridad General, publicó 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. Entre otras, se le asigna al SiNaCEAM la función 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 contexto, con la participación de la Joint Commission International (JCI) y representantes de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a la salud, se modificó la Cédula para auditar Hospitales integrando una nueva con Estándares Internacionales Homologados con la JCI, 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

ESTRUCTURA DE LA CÉDULA PARA CERTIFICAR HOSPITALES

La Cédula para Certificar Hospitales versión 2009, consta de 2 capítulos: el capítulo I se refiere a los Estándares Internacionales y el capítulo II a los Estándares Nacionales, en ambos se incluyen requerimientos legales de México (Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Normas Oficiales Mexicanas y otras) y estrategias del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012.

El **Capítulo I, Estándares Internacionales**, consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica y la tercera las metas internacionales para la seguridad del paciente.

El **Capítulo II, Estándares Nacionales**, también consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica, y la tercera sistemas de información y anexos de apoyo para la evaluación.

Los **estándares centrados en el paciente** abarcan los siguientes apartados:

- Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PRF)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- 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 de gestión del establecimiento de atención médica** 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 la instalación (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

Las metas internacionales para la seguridad del paciente, los objetivos y los elementos medibles descritos en esta sección se basan en las “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente” publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de mayo de 2007. En esta sección se identifican áreas problemáticas dentro del hospital y describen soluciones basadas en evidencias y

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

conocimientos de expertos. Las metas internacionales para la seguridad del paciente están estructuradas en 6 objetivos:

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

La sección de **sistemas de información** contiene indicadores de procesos y resultados que permiten dar seguimiento y evaluar los procesos, programas y sistemas de atención médica y de servicios en general.

En total, la cédula para la certificación de hospitales se integra por **342 estándares** y **1354 elementos medibles**. Cada estándar cuenta con un propósito y varios elementos medibles.

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 alta 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** 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 y proporcionan mayor claridad a los estándares. Los elementos medibles serán calificados 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:

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 12 meses para recertificación;
- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación.

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

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 5-11 meses para recertificación;
- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 1-3 meses para primera certificación.

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

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de 0-4 meses para recertificación;
- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación.

Se califica como “**no aplica**” si los requerimientos del elemento medible no corresponden los servicios que brinda el hospital.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

**POLÍTICAS DE CERTIFICACIÓN DEL
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

El proceso para la certificación está compuesto de 3 fases mediante las cuales el Consejo de Salubridad General, a través de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica y, de manera operativa, de la Dirección General Adjunta de Articulación, 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.

INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.

La primera fase incluye la inscripción al SiNaCEAM y la autoevaluación de estándares de estructura.

Para poder inscribirse al SiNaCEAM, el hospital deberá:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Demostrar que cuenta con las Licencias Sanitarias que correspondan a los servicios que brinden.
- En los casos que aplique, haber pasado, por lo menos un año, después de haber recibido un dictamen de “No Certificado” por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- 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.

La autoevaluación de estándares de estructura, que realiza la misma unidad, consiste en la revisión de los requisitos mínimos obligatorios (establecidos en la normatividad vigente) de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Los estándares se agrupan en tres ponderaciones: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que los Establecimientos de Atención Médica accedan a la fase de auditoría, deberán 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 Cédula de “Estándares para la Autoevaluación de Estructura para Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria” pueden obtenerse de la página web: http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert_hospitales.html

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

AUDITORÍA

Esta segunda fase se lleva a cabo por medio de la auditoría a los estándares centrados en el paciente, estándares de gestión del establecimiento, metas internacionales de seguridad para los pacientes y sistemas de información. La evaluación del grado de cumplimiento de los estándares es mediante la metodología rastreadora, la cual permite a los auditores “rastrear” la experiencia de un paciente en su cuidado, tratamiento y servicios recibidos durante su paso por los distintos Servicios por los que ha sido atendido en el Hospital. La misma metodología permite evaluar el desempeño de sistemas “exitosos” del Hospital.

Durante la auditoría se llevan a cabo dos tipos de actividades rastreadoras:

- De paciente.
- De sistemas.

El **rastreador de paciente** es un método de evaluación donde cada auditor selecciona un paciente y utiliza su expediente clínico como mapa para observar los Servicios de atención, realizar diversas entrevistas al personal, revisar políticas y constatar registros, todo ello permite evaluar el cumplimiento de los estándares seleccionados y los sistemas de la organización que proveen cuidados y servicios. Los expedientes de los pacientes se seleccionarán de acuerdo a su vulnerabilidad, los padecimientos más frecuentes que se atienden en el hospital, los que llevan más días de estancia intrahospitalaria y que hayan requerido la atención de varios Servicios.

Al ir evaluando los rastreadores de pacientes, los auditores también evalúan los sistemas de toda la organización, es decir, rastreadores de sistemas, que permiten explorar temas relacionados con la seguridad y la calidad de la atención.

Existen 4 tipos de **rastreadores de sistemas**:

- Manejo de medicamentos.
- Control de infecciones.
- Uso de la Información.
- Administración y Seguridad de las Instalaciones.

El rastreador de **manejo de medicamentos** examina los procesos de selección, adquisición, almacenaje, receta y transcripción, administración y monitoreo de los efectos de los medicamentos en el interior del hospital y así como los riesgos potenciales. Se emplean varios métodos para evaluar el sistema de manejo de medicamentos, incluyendo una sesión de discusión en grupo, un rastreador enfocado al manejo de medicamentos e información procedente de varias actividades rastreadoras de paciente individual.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

El rastreador de **control de infecciones** inicia en un área de atención a pacientes seleccionada por el auditor, posteriormente se pueden desplazar a diferentes servicios para observar y entrevistar al personal médico, enfermería, laboratorio y jefes de servicio. La actividad concluirá con una breve reunión con los responsables del control de infecciones.

El rastreador de **uso de la información** está enfocado en el análisis e interpretación de los datos para la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. Consiste en la discusión por parte de los responsables de los Servicios y los auditores sobre las medidas que están tomando para mejorar el desempeño de todo el hospital.

El rastreador de **administración y seguridad de las instalaciones** consiste en la identificación de las acciones necesarias para proporcionar una instalación segura y funcional, capaz de responder ante los riesgos identificados.

Es importante comentar que, con el propósito de que la auditoría se lleve a buen término y dentro de las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el director del hospital deberá asegurar un espacio físico dentro del hospital exclusivo para el uso de los auditores, provisto de equipo de cómputo con acceso a Internet e impresora, además de un paquete de 500 hojas blancas tamaño carta; además, en el mismo sitio, deberá proporcionar alimentos a los auditores en los horarios señalados en el Plan Específico de la Auditoría.

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 hallazgos contundentes detectados durante la evaluación; 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.

DICTAMEN

Una vez que el Informe de Auditoría es entregado al Consejo de Salubridad General, este es revisado y validado para procesarlo en un reporte que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en sesión colegiada, revisa y dictamina.

Se **certifica** un establecimiento cuando **cumple con todos** los siguientes aspectos:

1. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable con cada uno de los estándares**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a "5" para cada estándar**.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable en cada apartado**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a “6” para cada apartado**.
3. El establecimiento muestra un **cumplimiento aceptable en términos generales**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a “6” en toda la Cédula**.
4. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable de los requerimientos de todas las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes**. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
5. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable de los requerimientos de la sección Sistemas de Información**. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en la sección referida.
6. Los establecimientos que obtengan **calificaciones aprobatorias pero incumplan estándares ponderados como “esenciales” para la prestación de servicios de atención médica (en total son 105) y/o con Observaciones de auditoría relevantes, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos**. Una vez que el Establecimiento de Atención Médica notifique el cumplimiento del estándar y/o la solventación de la Observación de auditoría, se programará una visita para constatar el cumplimiento y se presentará el resultado nuevamente ante la Comisión para que dictamine nuevamente el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin cumplir el estándar, deberá iniciar nuevamente el proceso de certificación.

PROCESO DE AUDITORÍA

La auditoría se llevará en estricto apego a las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobadas por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica conforme el siguiente Plan Específico de Auditoría:

CAPÍTULO I ESTÁNDARES INTERNACIONALES

SECCIÓN I

ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)

Perspectiva general

Un establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) 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, todo lo cual constituye una atención continuada. El objetivo del acceso a la atención y continuidad de la misma 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 (véase también el Glosario) y el seguimiento, de esta manera se obtienen mejores resultados en la atención al paciente (véase también el Glosario) 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 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, por lo general en el momento del primer contacto. La evaluación puede realizarse mediante criterios de filtro, 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. La evaluación puede tener lugar en un establecimiento de atención médica de referencia, durante un traslado de urgencia (véase también el

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

Glosario), o cuando el paciente llega al hospital. Es importante que las decisiones de tratar, transferir (véase también el Glosario) o derivar se tomen sólo después de tener disponibles los resultados de las evaluaciones 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 una admisión como paciente internado (véase también el Glosario) o para acceder a servicios ambulatorios (véase también el Glosario). Cuando la organización requiera pruebas o evaluaciones especiales antes de la admisión o la inscripción, esto se manifestará en una política escrita. Se informa a los pacientes cuando la atención se retrase y los motivos de la misma. Este requisito se aplica a los servicios de diagnóstico y no a las esperas de menor importancia para obtener atención ambulatoria o internación, como cuando, por ejemplo, un médico se demora.

Elementos medibles de ACC.1

1. La evaluación se inicia en el momento del primer contacto (Admisión, Urgencias y Consulta Externa) o fuera del establecimiento (cuando exista la capacidad).
2. Basado en la evaluación inicial del paciente, 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 y análisis de diagnóstico se consideran dentro del estándar 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 el registro de esta información.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Las políticas y procedimientos se ocupan de:

- el registro para 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 (véase también el Glosario).

Las políticas también se ocupan de la transferencia y 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 procesos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.
2. Existen políticas y procesos 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. Las políticas y los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios necesarios.

Estándar

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 valorados por un médico, antes que otros pacientes, otorgándoles los servicios de apoyo, para administrarles el tratamiento necesario. La organización establece criterios con base fisiológica (véase también el Glosario), siempre que sea posible y adecuado, y capacita a su personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darles prioridad a su atención a través de un Triage.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales.

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 internación en el establecimiento, la evaluación ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos (véase también el Glosario), paliativos (véase también el Glosario), de curación y de rehabilitación que el paciente necesita; asimismo, ayuda 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 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.

Estándar

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 permita 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

formas para superar dichas restricciones; lo anterior queda asentado en el expediente del paciente.

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. (Véase también MCI.2, ME 1).
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. (Véanse también AOP.4.1, ME 3)

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 dialectos, presentar una diversidad cultural u otras barreras que hagan muy difícil 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 entienden 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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de ACC.1.4

Las unidades o servicios que proporcionan cuidados intensivos o especializados (por ejemplo la atención de pacientes quemados o unidades de transplante de órganos) son costosos y por lo general tienen espacio y personal limitados. Cada hospital debe establecer criterios para determinar aquellos pacientes que necesiten el nivel de atención proporcionada en dichas unidades, estos criterios deben ser elaborados por el personal de urgencias o de los servicios especializados, en donde se defina la capacidad de atención y cuando es necesario el traslado.

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 protocolos establecidos, con pleno conocimiento y consentimiento de los pacientes y debe quedar asentado en el expediente del paciente.

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, incluidos 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 o terapias intensivas y especializadas cumplen los requisitos establecidos 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

ACC.2 El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica al paciente, coordinados y continuos, dentro y fuera 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 el, esto por lo general se logra empleando los criterios o políticas establecidas que determinan la forma en que se deben hacer estos movimientos internos.

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:

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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 trabajan para diseñar e implementar los procesos, los cuales pueden estar respaldados por criterios explícitos de transferencia o por políticas, procedimientos o pautas. La organización identifica a las personas responsables de la coordinación de servicios.

Elementos medibles de ACC.2

1. Los líderes diseñan e implementan procesos que garantizan la coordinación y continuidad idónea de la atención, incluidos aquellos definidos en el propósito del estándar.
2. Los criterios o políticas establecidos determinan la idoneidad de las transferencias dentro del establecimiento.
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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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 (Véase también el Glosario) durante la estancia del paciente en el establecimiento, la persona que tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase 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 comunice con los demás integrantes del equipo de salud. 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 seguir siendo el mismo para supervisar la atención.

Elementos medibles de ACC.2.1

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente. (Véanse también PFR.6.1, ME 6)
2. El médico está calificado para asumir la responsabilidad de la atención del paciente.
3. El médico se identifica ante el personal del establecimiento.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Alta, derivación y seguimiento

Estándar

ACC.3 Existe una política que establece la derivación o el alta apropiados para los pacientes.

Propósito de ACC.3

Derivar o dar de alta a un paciente para que vea a un profesional de la atención fuera del establecimiento, o su traslado a otra fase de la atención, lo determina el médico responsable del paciente, basado en las necesidades de salud del paciente. Se necesita un proceso organizado, para asegurar que en el hogar, los profesionales o entornos externos cubran las necesidades de continuidad de la atención. La familia debe estar incluida en el proceso de planificación del alta según convenga al paciente y a sus necesidades.

En casos en que el establecimiento permita que el paciente abandone el hospital, durante cierto tiempo, debe existir una política y un procedimiento para guiar este proceso.

Elementos medibles de ACC.3

1. Existe una política que establece la derivación y/o el alta apropiados para los pacientes.
2. La derivación y/o el alta se basan en las necesidades continuas de atención que tenga el paciente. (Véanse también AOP.1.8.1, ME 1 y GLD.6.1, ME 3)
3. Se determina si el paciente está listo para el alta.
4. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluirá a la familia. (Véanse también AOP.1.8.1, ME 2)
5. Se deriva y/o da el alta a los pacientes, según corresponda.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

ACC.3.1 El establecimiento coopera con los facultativos de atención médica y con otros establecimientos para garantizar transferencias oportunas y adecuadas.

Propósito de ACC.3.1

La referencia oportuna al médico, establecimiento o institución que mejor cubran las necesidades de continuidad en la atención del paciente 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 derivar a los pacientes con personal o institución calificada. Por ejemplo, después del alta, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional (véase

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

también el Glosario), 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 continuos.
2. El establecimiento identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personal en su comunidad que están más asociados con los servicios. (Véanse también PFE.3, ME 2)
3. La transferencia fuera del establecimiento, se realiza con personal o institución calificada en la comunidad del paciente, cuando sea posible.
4. Las transferencias se realizan para servicios de apoyo, cuando sea posible.

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 compilar el resumen del alta (véase también el Glosario), como por ejemplo el médico del paciente, un médico interno u otro personal calificado y autorizado para ello.

El resumen incluye lo siguiente:

- a) Motivo de la admisión
- b) Hallazgos relevantes, físicos y de otra índole
- c) Diagnósticos y morbilidades relevantes
- d) Diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados
- e) Medicamentos y demás tratamientos relevantes
- f) El estado del paciente al momento del alta
- g) Medicamentos al alta, todos los medicamentos que deberán tomarse en el domicilio
- h) Instrucciones de seguimiento

Como estos elementos deben encontrarse en el resumen del alta de cada paciente, se califican juntos para cada expediente en el Elemento medible 2.

La copia del resumen de alta se archiva en el expediente clínico del paciente (véase también el Glosario). Se entrega una copia al paciente y, según sea adecuado, a la familia del paciente, cuando esté indicado por la política del establecimiento. También se entrega una copia del resumen del alta al médico que será responsable de la continuidad de la atención o del seguimiento del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 contienen los incisos de la a) hasta la h) señalados en el propósito.
3. El resumen contiene las instrucciones de seguimiento.
4. Se archiva en el expediente del paciente una copia del resumen del alta.
5. Se entrega a los pacientes una copia del resumen del alta.
6. Se entrega una copia del resumen del alta al médico responsable de la continuidad de la atención o del seguimiento del paciente.

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

Para los pacientes es fundamental, cuando no son directamente derivados o transferidos a otro prestador de atención médica, recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades de 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, entregándolas 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 regreso para atención de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda al estado del paciente.

Transferencia de pacientes

Estándar

ACC.4 Existe una política que guía la transferencia adecuada de pacientes a otro establecimiento, a fin de cumplir con sus necesidades continuas de atención médica.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de ACC.4

La transferencia de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios continuos de atención médica. Dicha transferencia puede deberse a la necesidad del paciente de obtener consulta y tratamiento especializados, servicios de urgencia o servicios menos intensivos, como atención subaguda, rehabilitación a más largo plazo o cuando se rebasa la capacidad instalada del hospital.

Es necesario un proceso de transferencia a fin de asegurar que los establecimientos que reciban al paciente atiendan sus necesidades de atención.

Un proceso tal se ocupa de:

- el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención,
- los criterios sobre cuándo es adecuada una transferencia,
- quién es responsable del paciente durante la transferencia, y
- qué debe hacerse cuando no es posible una transferencia a otro entorno de atención.

Elementos medibles de ACC.4

1. Existe una política que guía la transferencia adecuada de pacientes.
2. Las transferencias se basan en las necesidades de atención continua del paciente y cuando el estado de salud del paciente rebasa la capacidad de respuesta de la unidad.
3. El proceso se ocupa de la transferencia de responsabilidad a otro proveedor o unidad de atención.
4. El proceso se ocupa de los criterios que definen cuándo corresponde efectuar una transferencia. (Véase también GLD.6.1, ME 3)
5. El proceso se ocupa de quién es responsable durante la transferencia.
6. El proceso se ocupa de la situación en la cual no es posible efectuar una transferencia.
7. Los pacientes son debidamente transferidos a otros establecimientos.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

ACC.4.1 El establecimiento que transfiere 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 deriva 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 transferencia 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de ACC.4.1

1. La organización que deriva, 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.

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 transfiere.

Propósito de ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere junto con el paciente. Se entrega al establecimiento receptor, junto con el paciente, una copia del resumen del alta u otro resumen clínico escrito. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionados y las necesidades de atención continua del paciente.

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

ACC.4.3 Durante un traslado habrá personal calificado controlando el estado del paciente.

Propósito de ACC.4.3

El traslado de un paciente directamente 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, ya sea de enfermería o médica. En cualquiera de los casos, el paciente necesitará ser controlado (véase también el Glosario), y las competencias de la persona que realiza dicho control son muy específicas. Por lo tanto, el estado y la condición del paciente determinan las competencias adecuadas del personal encargado de controlar al paciente durante el traslado.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de ACC.4.3

1. Todos los pacientes son controlados 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 transferencia se documenta en el expediente clínico del paciente.

Propósito de ACC.4.4

El expediente clínico de cada paciente transferido 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 de la transferencia, así como cualquier condición especial de la misma y si el estado del paciente cambió durante la transferencia (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 controló al paciente durante el traslado) será incluida en el expediente clínico.

Elementos medibles de ACC.4.4

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

Transporte

Estándar

ACC.5 El proceso de derivación, transferencia o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

Nota: El estándar ACC.5 se aplica a todos los establecimientos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de ACC.5

El proceso del establecimiento para la derivación, transferencia 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 que, por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Elementos medibles de ACC.5

1. El proceso de derivación de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de transferencia 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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar indispensable

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

Nota: Los estándares ACC.6 y ACC.6.1 se aplican sólo a los establecimientos que poseen y operan un servicio de transporte médico.

Propósito de ACC.6

Los establecimientos que poseen y operan servicios de transporte, tanto urgentes como no urgentes, 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.

Elementos medibles de ACC.6

1. El servicio de transporte médico cumple con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes.

Estándar

ACC.6.1 Los servicios de transporte médico se proporcionan a través de un proceso bien gestionado que asegura al paciente y al personal la obtención de servicios de transporte seguros y de calidad.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de ACC.6.1

El establecimiento se asegura de que los servicios de transporte médico estén integrados al programa de calidad y seguridad y a la estructura funcional del establecimiento. Se deja constancia de ello de la siguiente manera:

- Una persona calificada dirige la operación de los servicios de transporte.
- Existe supervisión médica de toda evaluación del paciente y todo servicio médico proporcionado durante el transporte.
- La calidad y la seguridad de los servicios de transporte se controlan y se incluyen en el control de calidad y seguridad, y en el proceso de mejora del establecimiento.
- Las personas calificadas seleccionan y aseguran el suministro del transporte adecuado que cubra las necesidades del paciente.
- Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todos los vehículos de transporte.
- El programa de transporte está incluido en el ámbito del programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluye, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
- Durante el transporte se respetan los derechos de los pacientes.

Elementos medibles de ACC.6.1

1. Una persona calificada dirige la operación de los servicios de transporte.
2. Existe supervisión médica de toda evaluación realizada al paciente y todo servicio médico proporcionado durante el traslado.
3. La calidad y la seguridad de los servicios de transporte se controlan y se incluyen en el control de calidad y seguridad y en el proceso de mejora del establecimiento.
4. Las personas calificadas seleccionan y aseguran el suministro del transporte adecuado que cubra las necesidades del paciente.
5. Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todos los vehículos de transporte
6. El programa de transporte está incluido en el ámbito del programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluye, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
7. Durante el transporte se respetan los derechos de los pacientes.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Derechos del paciente y de su familia (PFR)

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 de 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 cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a brindar atención cordial y respetuosa que proteja la dignidad de los pacientes. 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 adelante estos procesos es conforme a las leyes y reglamentaciones sobre derechos humanos y derechos de los pacientes.

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 indispensable

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 primarios del modo 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

responsabilidades de su establecimiento tal como se identifican en las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes.

Los directivos dan instrucciones para asegurarse de que el personal de todo el establecimiento asume la responsabilidad de proteger estos derechos, el establecimiento respeta el derecho de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente, de determinar 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.

Elementos medibles de PFR.1

1. Los directivos del establecimiento trabajan en colaboración para proteger y anticipar los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. Los directivos comprenden los derechos de los pacientes y sus familiares tal como están identificados en las leyes y reglamentaciones, y en relación con la población que atienden.
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 apoyan los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento.

Estándares

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

Propósito de PFR.1.1 y PFR.1.1.1

Dentro del proceso de atención, cada paciente trae sus propios valores y creencias, algunos de ellos comunes y con frecuencia de origen cultural y religioso. El establecimiento alienta a todos los pacientes a expresar sus creencias y respetar las creencias de los demás.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

Elementos medibles de PFR.1.1

1. Existe un proceso para identificar y respetar los valores y las creencias de un paciente, y en su caso de sus familiares (Véanse también PFE.2.1, ME 1 y COP.7, ME 1).
2. El personal emplea el proceso y presta atención respetuosa de los valores y creencias del paciente.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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.

Estándar

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 evaluaciones 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, según la situación, la 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. (Véase también PFR.2.5)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

PFR.1.3 Existe un proceso que asegure el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

Propósito de PFR.1.3

El establecimiento comunica al paciente 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 de los servicios de Urgencias, Cirugía y Hospitalización, en caso de que los pacientes 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 dicha responsabilidad.

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 hacer gestos para 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corran peligro de sufrir una agresión.

Elementos medibles de PFR.1.4

1. Existe un proceso que establece cómo actuar en casos donde se atienden pacientes con problemas sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.
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. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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 y en riesgo, e implementa procesos para proteger sus derechos; el personal comprende sus responsabilidades en estos procesos. Como mínimo, están protegidos los niños, las personas con capacidades diferentes, los adultos mayores y demás población en riesgo identificada. También se incluyen pacientes comatosos y las personas con discapacidades mentales o emocionales, cuando se encuentren dentro del establecimiento. Dicha protección 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. (Véanse COP.3.1 hasta COP.3.9)
2. Los niños, las personas con capacidades diferentes, los adultos mayores y demás personas vulnerables identificadas, se encuentran protegidas. (Véase COP.3.8)
3. El personal comprende sus responsabilidades en el proceso de protección.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

PFR.1.6 La información del paciente es confidencial (véase MCI.10).

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.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, no haciendo pública la información confidencial ubicándola 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 la información. También se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización.

El establecimiento cuenta con una política que define el acceso a la información del paciente y el proceso para obtener dicho acceso, conforme a la normatividad vigente. (Véanse también 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 indispensable

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. Los responsables de áreas en el establecimiento respaldan y promueven la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración e implementación de políticas y procedimientos relacionados. El personal de mando, el personal clínico y demás

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

personal, participa 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. (Véanse también COP.7.2, ME 5; PFE.2, ME 5; PFE.5, ME 2; ACC.2, ME 4 y ACC.3, ME 3)
2. La elaboración de políticas y procedimientos es un esfuerzo de colaboración e incluye tanto al personal de mando como a 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 planificado, 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 de atención, es menester que cubran sus necesidades de información básica sobre el estado de salud descubierto, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado, y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo se les revelará 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, un amigo 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. (Véanse también AOP.4.1, ME 2 y PFE.2, ME 6)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planificados. (Véanse también AOP.4.1, ME 3 y ACC.2, ME 4)
3. Los pacientes y sus familiares comprenden cuándo se les solicitará un consentimiento informado y el proceso que se emplea para otorgarlo. (Véanse también PFE.2, ME 4)
4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen. (Véanse también PFR.2, ME 1; AOP.4.1, ME 3; COP.7.2, ME 5; ACC.3, ME 4 y PFE.2, ME 7)

Estándar

PFR.2.1.1 El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo les comunicarán los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos, y quién les hablará al respecto.

Propósito de PFR.2.1.1

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, cuando fuera adecuado, tienen derecho a que les digan los resultados de la atención y el tratamiento planificados. 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 recetados u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos.

Elementos medibles de PFR.2.1.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de los resultados de la atención y del tratamiento. (Véanse también COP.2.4, ME 1)
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y quién les hablará de cualquier resultado imprevisto de la atención y del tratamiento. (Véanse también COP.2.4, ME 2)

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, quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planificados o no continuar la atención o el tratamiento una vez que hayan sido iniciados. 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre todas las alternativas de atención y tratamiento. Se registra en el expediente clínico del paciente 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 del paciente 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 proceso individual 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 difíciles decisiones.

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, en particular cuando los requisitos legales para la reanimación no coinciden con los deseos del paciente;
- 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

cadena de responsabilidades y la forma como se documenta el proceso en el expediente clínico del paciente (véase también el Glosario).

Elementos medibles de PFR.2.3

1. El establecimiento identificó su posición respecto a la omisión de servicios de reanimación y sobre renunciar a los tratamientos para prolongar la vida o retirarlos.
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 e inclusión.
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 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 adecuados. (Véase también COP.6)

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. (Véase también COP.7.2, ME 1)
2. El personal del establecimiento comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, y lo evalúa y maneja con precisión.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 agonía 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 (véase también el Glosario), el manejo del dolor (véase también COP.6), la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y su familia (véanse también PFR.1.1 y PFR.1.1.1) y la participación en las decisiones de atención (véase también COP.7).

Elementos medibles de PFR.2.5

1. El establecimiento reconoce que los pacientes en agonía tienen necesidades únicas.
2. El personal del establecimiento respeta el derecho que tienen los pacientes en agonía, 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 tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, a que dichas quejas se revisen y se resuelvan. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan preguntas, 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, tratamiento o alta (véase también el Glosario), 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 o retirarlo.

El establecimiento ha implementado procesos para procurar la resolución de dichos dilemas y quejas; asimismo, identifica, en políticas y procedimientos, a los involucrados en los procesos, y el modo en que el paciente y la familia participan.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. Los dilemas que surgen durante el proceso de atención se revisan conforme al mecanismo del establecimiento.
4. Las políticas y procedimientos identifican a los participantes del proceso.
5. Las políticas y procedimientos identifican el modo en que pueden participar el paciente y su familia.

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 indispensable

PFR.5 Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos, de forma tal que los pueden comprender.

Propósito de PFR.5

La admisión a un establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) 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 en cada consultorio y servicio de hospitalización. Por

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

ejemplo, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes puede estar publicada en el establecimiento.

La carta o documento debe ser adecuado a la edad, nivel de comprensión e idioma 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 puedan comprender. (Véanse también 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.

Consentimiento informado

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 las que los pacientes se involucran en sus decisiones de atención es otorgando un consentimiento informado. A fin de consentir, un paciente debe ser informado de aquellos factores relacionados con la atención planificada necesaria para tomar una decisión informada. El consentimiento informado (véase también el Glosario) 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 a determinado personal para que informen a los pacientes y, posteriormente, obtengan y documenten el consentimiento de los mismos.

Elementos medibles de PFR.6

1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.
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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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:

- el estado del paciente,
- el o los tratamientos propuestos,
- los beneficios e inconvenientes,
- las posibles alternativas,
- las probabilidades de éxito,
- los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
- 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. (Véanse también ACC.2.1, ME 1)

Estándar indispensable

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 tiene capacidades diferentes (mentales o físicas) para tomar decisiones 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

vigente. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico del paciente.

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 consentimiento, además del paciente, se identifican en el expediente clínico del paciente.

Estándar

PFR.6.3 El consentimiento general para el tratamiento de pacientes admitidos para internación o inscritos en servicios ambulatorios, es claro en cuanto a su alcance y sus límites.

Propósito de PFR.6.3

Muchos hospitales obtienen un consentimiento general para el tratamiento en el momento en que el paciente es admitido para ser internado o atendido como paciente ambulatorio. Cuando se obtiene un consentimiento general, los pacientes obtienen información respecto al alcance del consentimiento general, por ejemplo: los análisis y tratamientos incluidos bajo el consentimiento general. Los pacientes también obtienen información sobre los análisis y tratamientos para los cuales se obtendrá un consentimiento informado específico. 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 un consentimiento general 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, en caso de usarse, se documenta un consentimiento general en el expediente clínico del paciente.

Estándar indispensable

PFR.6.4 Se obtiene un consentimiento informado antes de: una cirugía, la aplicación de anestesia, 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 (véase también el Glosario), anestesia (incluidas sedación moderada y profunda; véase también el Glosario), uso de sangre y hemoderivados u otros tratamientos o

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

procedimientos de alto riesgo, se obtiene un consentimiento informado específico. 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. (Véanse también ASC.7.1, Propósito)
2. Se obtiene el consentimiento antes de una anestesia (incluidas sedación moderada y profunda). (Véanse también ASC.5.1, Propósito y ME 1)
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. (Véanse también PFR.8, ME 2)
6. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico del paciente. (Véanse también PFR.8, ME 2)

Estándar

PFR.6.4.1 El establecimiento enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico.

Propósito de PFR.6.4.1

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento específico. Cada establecimiento identifica aquellos procedimientos de alto riesgo o con tendencia a generar problemas, además de otros procedimientos y tratamientos para los que deberá obtenerse un consentimiento específico. 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.

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 específico.
2. La lista se elabora en colaboración con los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos y realizan los procedimientos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Investigación

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:

- beneficios esperados,
- molestias y riesgos potenciales,
- alternativas que quizá también sean de ayuda; y
- procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden rehusarse a participar o abandonar la participación, 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 asegura a los pacientes que, de rehusarse a participar o dejar de participar, su acceso a los servicios del establecimiento no se verá comprometido.
7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 a los pacientes y familiares, por anticipado, sobre los procesos establecidos para:

- revisar protocolos de investigación (véase también el Glosario);
- sopesar los riesgos y beneficios relativos para los pacientes;
- obtener el consentimiento del paciente; y
- 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 sujetos.
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 el consentimiento informado (véase también el propósito de 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 anota en el expediente clínico del paciente.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. El consentimiento se documenta en el expediente clínico del paciente mediante firma.

Estándar indispensable

PFR.9 El establecimiento cuenta con un Comité de Investigación y de Bioética 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 Investigación y de Bioética para la supervisión de todas las actividades. El establecimiento cuenta con una declaración de propósito para las actividades supervisadas, que incluye el proceso de revisión de todos los protocolos de investigación, un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los sujetos 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 Investigación y de Bioética para supervisar toda investigación que se realice en el establecimiento.
2. El establecimiento establece una clara declaración de propósito para las actividades supervisadas.
3. Las actividades supervisadas incluyen un proceso de revisión.
4. Las actividades supervisadas incluyen un proceso para sopesar riesgos y beneficios relativos para los pacientes.
5. Las actividades supervisadas incluyen procesos para proporcionar confidencialidad y seguridad a la información de la investigación.

Donación de órganos

Estándar indispensable

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 transplante. 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El establecimiento ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.

Estándar indispensable

PFR.11 El establecimiento brinda una supervisión de la extracción y el transplante de órganos y tejidos.

Propósito de PFR.11

Se elaboran políticas y procedimientos para guiar el proceso de obtención, donación y transplante. 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 obtiene capacitación para la implementación de 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 obtención, almacenamiento en banco, transporte o transplante de órganos.

Elementos medibles de PFR.11

1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de obtención y donación.
2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de transplante.
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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Evaluación de pacientes (AOP)

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 primarios:

- Obtención de información sobre el estado físico, psicológico y social del paciente, y su historia clínica.
- 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.
- Elaboración de un plan de atención (véase también el Glosario) para cubrir las necesidades identificadas del 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.

Estándar

AOP.1 Las necesidades de atención médica de todos los pacientes, se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.

Propósito de AOP.1

Cuando un paciente es admitido en un establecimiento para ser atendido (ACC.1), 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 el modo en que funciona este proceso y qué información debe reunirse y documentarse.

Elementos medibles de AOP.1

1. La política y el procedimiento del establecimiento define la información que debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados.
2. La política y el procedimiento del establecimiento definen la información que debe ser obtenida en los pacientes ambulatorios.
3. La política del establecimiento identifica la información que se documentará para las evaluaciones.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.1.1 El hospital ha determinado el contenido de las valoraciones médicas, 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 médicas, de enfermería y demás disciplinas clínicas. El establecimiento define las actividades de dichas evaluaciones en todas las áreas que se presta atención. La evaluación definida en la política puede ser completada por más de una persona calificada y en diferentes momentos de la atención. Todo el contenido debe estar disponible en el momento de iniciar el tratamiento.

Elementos medibles de AOP.1.1

1. El contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas. (Véase también ASC.4, ME 1)
2. El contenido de las evaluaciones realizadas en entornos de hospitalización y ambulatorios se define en las políticas.

Estándar

AOP.1.2 La o las evaluaciones iniciales de cada paciente incluyen una evaluación de los factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, incluida la historia clínica.

Propósito de AOP.1.2

La o las valoraciones médica y de enfermería iniciales de un paciente, hospitalizado o ambulatorio, son fundamentales para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La o las valoraciones iniciales proporcionan información para

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

La evaluación inicial incluye un estudio del estado de salud del paciente. La evaluación psicológica determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). Los contextos sociales, culturales, familiares y económicos de un paciente son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento y no pretenden “clasificar” a los pacientes. Los factores económicos se evalúan como parte de la evaluación social, o en forma separada cuando el paciente y su familia serán los responsables del total o parcialmente del costo de la atención obtenida como paciente hospitalizado o después del alta (véase también el Glosario). Personas calificadas podrán

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

participar en la evaluación de un paciente. Los factores más importantes son que las valoraciones estén completas y a disposición (véase también MCI.7, ME 2) de quienes atienden al paciente. (Véase también AOP.1.8.2, ME 1 en relación con las evaluaciones del dolor.)

Elementos medibles de AOP.1.2

1. Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios son sometidos a evaluaciones iniciales conforme a la política del establecimiento.
2. Las evaluaciones médicas incluyen una historia clínica y un examen físico que concuerdan con el ámbito y el contenido definidos en la política del hospital.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación con indicadores psicológicos que orienta la detección de necesidades de atención.
4. Cada paciente recibe una evaluación social y económica inicial según sea adecuada para sus necesidades.
5. La o las evaluaciones iniciales dan como resultado la comprensión de toda atención previa y la atención que el paciente necesita obtener actualmente.
6. La o las evaluaciones iniciales dan como resultado la selección del mejor entorno para la atención.
7. La o las evaluaciones iniciales dan como resultado un diagnóstico inicial.

Estándares

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

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 resultado primario (véase también el Glosario) de las evaluaciones iniciales es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente. Para lograr esto, el establecimiento determina el ámbito y el contenido de la evaluación médica, de enfermería y demás valoraciones iniciales (AOP.1.1), así como el marco de tiempo y requisitos para completarlas. Si bien la evaluación médica y de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, otros profesionales podrían hacer evaluaciones adicionales, incluidas evaluaciones especiales (Ver AOP.1.8) y evaluaciones personalizadas (Ver AOP.1.7). Todas las evaluaciones se integran e identifican las necesidades de atención más urgentes.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de AOP.1.3

1. La evaluación inicial da como resultado la identificación de las necesidades médicas del paciente.
2. Las necesidades médicas se identifican basándose en la historia clínica, así como en otras evaluaciones necesarias, conforme a la política del hospital.
3. La evaluación inicial da como resultado la identificación de las necesidades de enfermería del paciente.
4. Las necesidades de atención de enfermería del paciente se identifican basándose en la evaluación documentada del personal de enfermería, la evaluación médica y las demás evaluaciones necesarias conforme a la política del hospital.

Elementos medibles de AOP.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, se registrará una nota preoperatoria y un diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.

Estándar indispensable

AOP.1.4 Las valoraciones se completan en el marco de tiempo establecido por el establecimiento.

Propósito de AOP.1.4

A fin de comenzar el tratamiento correcto para el paciente, las evaluaciones iniciales deberán completarse lo más rápido posible. El establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) determina el marco de tiempo para completarlas, en particular la evaluación médica y la de enfermería.

El lapso de tiempo preciso 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. Teniendo esto en mente, un establecimiento puede definir distintos marcos de tiempo para la evaluación en diferentes áreas o servicios. Cuando una evaluación se completa total o parcialmente fuera del establecimiento (por ejemplo, en el consultorio de un cirujano especialista), 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 (véase también AOP.1.4.1), la naturaleza crítica de los hallazgos, la complejidad del paciente, y la atención y el tratamiento planeados (por ejemplo, la revisión confirma la claridad del diagnóstico y todo procedimiento o tratamiento planeados, la presencia de radiografías necesarias en la cirugía, cualquier cambio en la condición del paciente como el control de la glucosa sanguínea, e identifica todo análisis crítico de laboratorio que deba ser reiterado).

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de AOP.1.4

1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de las evaluaciones en todos los entornos y servicios.
2. Las evaluaciones se completan dentro de los marcos de tiempo definidos por el establecimiento.
3. 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.

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 quienes atiendan al paciente. Cuando el estado del paciente así lo requiera, las evaluaciones médica y/o de enfermería iniciales se llevarán a cabo y estarán disponible antes, por consiguiente, los pacientes de urgencia son evaluados de inmediato. La política podrá definir qué grupo de pacientes deben ser evaluados antes de transcurridas las primeras 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 cualquier persona calificada (véase también el propósito de AOP.4).

Elementos medibles de AOP.1.4.1

1. La evaluación médica inicial se lleva a cabo dentro de las primeras 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 primeras 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 se ha actualizado y se ha reiterado el examen físico.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 del paciente.

Estándar

AOP.1.5 Los hallazgos de la evaluación se documentan en el expediente clínico del paciente y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.

Propósito de AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación 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 médica y de enfermería se documentan en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión como paciente hospitalizado. 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. Las evaluaciones médicas se documentan en el expediente clínico dentro de las 24 horas posteriores a la admisión.
4. Las evaluaciones de enfermería se documentan en el expediente clínico dentro de las 24 horas posteriores a la admisión.

Estándar

AOP.1.5.1 La evaluación médica inicial 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 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. (Véase también ASC.7, ME 2)
2. La evaluación médica de los pacientes quirúrgicos se documenta antes de la cirugía.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.1.6 Se estudia el estado nutricional y las necesidades funcionales de los pacientes, y se transfiere para una evaluación más profunda y para tratamiento cuando sea necesario.

Propósito de AOP.1.6

La información reunida en la evaluación médica y/o de enfermería iniciales, podría indicar que el paciente necesita una evaluación más amplia o más profunda de su estado nutricional o funcional, incluida el riesgo de caídas.

La forma más efectiva de identificar pacientes con necesidades nutricionales (véase también el Glosario) o funcionales es mediante criterios establecidos, por ejemplo, el formulario de evaluación inicial de enfermería podría incluirlos. En cada caso, los criterios son elaborados por personal calificado, capaz de evaluar con mayor profundidad y, de ser preciso, proporcionar cualquier tratamiento que el paciente necesite, por ejemplo, los criterios para riesgo nutricional podrían ser elaborados por enfermeras, dietistas y nutriólogos. (Véase también COP.5)

Elementos medibles de AOP.1.6

1. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional más exhaustiva.
2. Se somete a los pacientes a un examen de riesgo nutricional como parte de la evaluación inicial.
3. Los pacientes en riesgo de padecer problemas nutricionales, según los criterios, se someten a una evaluación nutricional.
4. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 6, ME 1, relacionado con la evaluación de riesgo de caídas)
5. Se somete a los pacientes a un examen de sus necesidades para una evaluación funcional más amplia como parte de la evaluación inicial. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 6, ME 2)
6. Los pacientes que necesitan una evaluación funcional son transferidos para someterse a dicha evaluación.

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 determinadas poblaciones requiere una modificación del proceso, de acuerdo con sus características propias. Cada establecimiento identifica esas poblaciones y situaciones especiales representadas entre sus

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

pacientes y modifica el proceso de evaluación. En particular, dentro de la población que atiende, el establecimiento lleva a cabo tales evaluaciones personalizadas para

- pacientes muy jóvenes,
- adultos mayores,
- enfermos terminales y demás que padezcan dolor,
- mujeres en trabajo de parto,
- pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
- pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol;
- víctimas de abuso y negligencia; y
- víctimas de violencia familiar.

El proceso de evaluación es modificado de modo tal que 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 modifica el proceso de evaluación inicial.
2. Estas poblaciones, incluidas aquellas mencionadas en el propósito, obtienen evaluaciones personalizadas.

Estándar

AOP.1.8 La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.

Propósito de AOP.1.8

El proceso de evaluación inicial puede identificar la necesidad de otras evaluaciones, como odontológicas, auditivas, del lenguaje, etc. 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. Cuando se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, se deriva a los pacientes dentro o fuera del establecimiento. (Véase también ACC.3, ME 2)
2. Las valoraciones especializadas realizadas dentro del establecimiento se completan y documentan en el expediente clínico del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.1.8.1 La evaluación inicial incluye la necesidad de planear el alta.

Propósito de AOP.1.8.1

La continuidad de la atención (véase también el Glosario) requiere una preparación especial, por ejemplo la planificación del alta. El establecimiento elabora un mecanismo, como una lista de criterios, para identificar aquellos pacientes para 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 un proceso para identificar a aquellos pacientes para quienes es crítica la planificación del alta. (Véase también ACC.3, ME 2)
2. La planeación del alta para estos pacientes comienza poco después de su admisión como pacientes hospitalizados. (Véase también ACC.3, ME 4)

Estándar

AOP.1.8.2 Todos los pacientes son sometidos a un estudio del dolor y son evaluados cuando hay dolor presente.

Propósito de AOP.1.8.2

Durante la evaluación inicial y las revaloraciones, el establecimiento identifica a los pacientes que sufren 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 el paciente recibe tratamiento dentro del establecimiento, se lleva a cabo una valoración más exhaustiva que se adecua a la edad del paciente, la intensidad y las características del dolor (frecuencia, la ubicación y la duración). Esta evaluación se registra de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por el establecimiento y las necesidades del paciente.

Elementos medibles de AOP.1.8.2

1. Se somete a los pacientes a un estudio del dolor. (Véase también COP.6, ME 1)
2. Cuando se identifica el dolor, se deriva al paciente o se le realiza una evaluación exhaustiva, adecuada a la edad del paciente, que mida la intensidad y las características del dolor, por ejemplo: las características, frecuencia, ubicación y duración del dolor.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

3. La evaluación se documenta de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por el establecimiento y las necesidades del paciente.

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 por parte de todos los integrantes del equipo de atención al paciente es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes se someten a revaloraciones 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 de atención aguda son evaluados diariamente por un médico, incluso los fines de semana. El establecimiento podrá usar criterios de base fisiológica e identificar circunstancias excepcionales o poblaciones de pacientes para los cuales el período de revaloración tiene una frecuencia menor a la diaria, por ejemplo pacientes en unidades de rehabilitación, pacientes sometidos a cirugía oral y maxilofacial menor o pacientes hospitalizados durante largo tiempo en unidades psiquiátricas. Los criterios, circunstancias, poblaciones de pacientes y el período adecuado de revaloración están definidos en la política.

Se llevan a cabo las revaloraciones y los resultados se ingresan 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 en el caso de pacientes de atención aguda, o con menor frecuencia, 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. (Véanse también ASC.5.3, ME 1; MMU.7, ME 1; COP.5, ME 3 y ASC.7.3, ME 1 y 2)
2. Se revalora a los pacientes para planificar la continuación del tratamiento o el alta. (Véanse también ACC.3, ME 2 y 3; y COP.7.1, ME 2)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Se revalora a los pacientes a intervalos adecuados según su estado, plan de atención y necesidades individuales, o conforme a las políticas y procedimientos del establecimiento. (Véase también ASC.3, ME 1)
4. Durante la fase aguda de su de atención y tratamiento, los pacientes son revalorados a diario por un médico, incluso los fines de semana.
5. La política del establecimiento define las circunstancias y poblaciones de pacientes a quienes el médico evaluará con una frecuencia menor a diario, e identifica el intervalo de revaloración para dichos pacientes.
6. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico del paciente.

Estándar indispensable

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 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, o certificación del Consejo de la especialidad correspondiente.

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 cédulas profesionales, leyes, reglamentos y certificación del Consejo de la especialidad correspondiente.
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. (Véanse también SQE.1.1, ME 1 y 2; y SQE.10, ME 1)

Estándares

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.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de AOP.4 y AOP.4.1

Un paciente puede ser sometido a varios tipos de evaluaciones dentro y fuera del establecimiento, éstas deben integrarse al expediente clínico.

Un paciente obtendrá el máximo beneficio cuando el personal responsable trabaja en equipo para analizar los hallazgos de las evaluaciones y combina esta información para componer un panorama integral 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. (Véase también COP.2)

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso para trabajar juntos 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.

Elementos medibles de AOP.4

1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente. (Véanse también COP.1, ME 1)
2. En el proceso participan todos los responsables de la atención del paciente.

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. (Véanse también PFR.2.1, ME 1)
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. (Véanse también PFR.2.1, ME 2 y 4; y ACC.1.2, ME 5)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Servicios de Laboratorio y Anatomía patológica

Estándar indispensable

AOP.5 Los servicios de laboratorio y anatomía patológica están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Propósito de AOP.5

El establecimiento cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de laboratorio y anatomía patológica, requeridos según las necesidades de su población de pacientes, de los servicios clínicos ofrecidos y de los prestadores de atención médica.

Los servicios de laboratorio y anatomía patológica se organizan y se prestan de modo tal que cumplen con los estándares, leyes, reglamentos y normas locales y nacionales.

Los servicios de laboratorio y anatomía patológica pueden prestarse dentro del establecimiento, en otro establecimiento por convenio, o de ambas formas. Hay servicios de laboratorio disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia. Las fuentes externas son de práctico acceso para el paciente.

El establecimiento selecciona fuentes externas basándose en la recomendación de su director o de otra persona responsable por los servicios de laboratorio. Las fuentes externas de servicio de laboratorio cumplen con las leyes, reglamentos y normas correspondientes y cuentan con un expediente aceptable de servicios exactos y puntuales.

Elementos medibles de AOP.5

1. Los servicios de laboratorio y anatomía patológica cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales, incluyendo Licencia sanitaria y Responsable sanitario.
2. Hay servicios de laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades.
3. Hay servicios de laboratorio de urgencia disponibles, incluso fuera del horario habitual de atención.
4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en un registro aceptable y conforme a las leyes y reglamentaciones.

Estándar

AOP.5.1 Hay un programa de seguridad implementado en las áreas del Laboratorio y Anatomía Patológica, que se sigue y se documenta.

Propósito de AOP.5.1

El Laboratorio y Anatomía Patológica cuentan con un programa de seguridad, el cual se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. El programa de Laboratorio

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

y Anatomía Patológica se coordina junto con el programa de gestión de seguridad del establecimiento.

El programa de gestión de seguridad del laboratorio incluye:

- políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento con los estándares y reglamentaciones correspondientes;
- políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
- disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
- la orientación de todo el personal del laboratorio en lo que refiere a procedimientos y prácticas de seguridad; y
- la educación dentro del servicio (véase también el Glosario) para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de AOP.5.1

1. Existe un programa de seguridad implementado en las áreas de Laboratorio y Anatomía Patológica, adecuado para los riesgos y peligros que se encuentran. (Véanse también FMS.4 y FMS.5)
2. El programa se coordina junto con el programa de gestión de seguridad del establecimiento. (Véase también FMS.4, ME 2)
3. Hay políticas y procedimientos escritos que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (Véase también FMS.5, ME 2)
4. Hay dispositivos de seguridad adecuados disponibles. (Véase también FMS.5, ME 5)
5. El personal del área de Laboratorio y de Anatomía Patológica tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad. (Véanse también FMS.11, ME 1 y GLD.5.4, ME 1 y 2)
6. El personal del Laboratorio y Anatomía Patológica recibe educación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos. (Véanse también SQE.8, ME 3 y 4)

Estándar indispensable

AOP.5.2 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 AOP.5.2

El establecimiento identifica qué miembros del personal de Laboratorio y Anatomía Patológica realizan los análisis. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y destrezas apropiadas y adecuadas, y con orientación en lo que se refiere 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 y

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

proporcionar el personal de laboratorio necesario durante todas las horas de funcionamiento y para urgencias.

Elementos medibles de AOP.5.2

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. (Véase también SQE.4, ME 1)
3. Los análisis son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado. (Véase también SQE.4, ME 1)
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

AOP.5.3 Los resultados de los análisis de Laboratorio y Anatomía Patológica están disponibles en forma oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Propósito de AOP.5.3

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de Laboratorio y de Anatomía Patológica. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen los análisis de urgencia, fuera del horario de atención y durante los fines de semana. 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 (véase también el Glosario). Además, cuando los servicios de Laboratorio y Anatomía Patológica son contratados en una organización externa, los informes también deberán ser puntuales, tal como lo establece la política del establecimiento o el contrato. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 2, ME 1)

Elementos medibles de AOP.5.3

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 Laboratorio y Anatomía Patológica se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente. (Véase también ASC.7.2)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.5.4 Todo el equipo usado para análisis en Laboratorio y Anatomía Patológica se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad, y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Propósito de AOP.5.4

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para el o los operadores. Un programa de administración de equipo de Laboratorio y Anatomía Patológica prevé

- 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.

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo en el laboratorio y anatomía patológica y su historia de servicio está documentada.

Elementos medibles de AOP.5.4

1. Existe un programa de administración de equipo de Laboratorio y Anatomía Patológica, que está implementado. (Véase también FMS.8, ME 1)
2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo. (Véase también FMS.8, ME 2)
4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo. (Véase también FMS.8, ME 3)
5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo. (Véase también FMS.8, ME 4)
6. El programa incluye un control y un seguimiento. (Véase también FMS.8, ME 5)
7. Todas las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo se documentan debidamente. (Véase también FMS.8.1, ME 1)

Estándar

AOP.5.5 Habitualmente hay disponibles reactivos esenciales y demás suministros.

Propósito de AOP.5.5

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 pautas escritas que aseguran el etiquetado completo y preciso de los reactivos y las soluciones.

Elementos medibles de AOP.5.5

1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados. (Véase también FMS.5, ME 1)
2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según las pautas. (Véase también FMS.5, ME 2)
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 pautas. (Véase también FMS.5, ME 7)

Estándar

AOP.5.6 Se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

Propósito de AOP.5.6

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 fuentes externas para ser analizadas.

Elementos medibles de AOP.5.6

1. Procedimientos que guían la solicitud de análisis.
2. Procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 1, ME 4)
3. Procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.
4. Procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras.
5. Se complementan los procesos.
6. Se observan los procedimientos cuando se emplean fuentes o servicios externos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.5.7 Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan normas y rangos establecidos.

Propósito de AOP.5.7

El laboratorio establece intervalos de referencia o rangos “normales” para cada análisis realizado. El rango se incluye en el expediente clínico (véase también el Glosario), ya sea como parte del informe o incluyen una lista actualizada de los valores aprobados por el director del laboratorio. Cuando el análisis se lleva a cabo por parte de una fuente externa, se proporcionan los rangos. 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 AOP.5.7

1. El laboratorio estableció rangos de referencia para cada análisis realizado.
2. El rango se incluye en el expediente clínico en el momento en que se informan los resultados del análisis.
3. Cuando una fuente externa realiza el análisis, se proporcionan los rangos.
4. Los rangos se adecuan a la geografía y situación demográfica del establecimiento.
5. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

Estándar

AOP.5.8 Existe un profesional calificado como responsable de administrar el servicio de Laboratorio clínico y/o el servicio de Anatomía Patológica, sean propios o subrogados.

Propósito de AOP.5.8

Los servicios de laboratorio clínico y de anatomía patológica 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 coincidentes en toda la organización como capacitación, administración de suministro. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento en la que se realiza el análisis.

Cuando este personal responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico, preferentemente un anatomopatólogo. Las responsabilidades del director del laboratorio incluyen

- la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- la recomendación de fuentes externas de servicios de laboratorio; y
- el control y la revisión de todos los servicios del laboratorio.

Elementos medibles de AOP.5.8

1. El laboratorio clínico, anatomía patológica y demás servicios se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado como responsable de llevar a cabo las responsabilidades identificadas en el propósito. (Véase también GLD.5, ME 1)
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de fuentes externas de servicios de laboratorio. (Véase también GLD.3.3, ME 4)
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios, dentro y fuera del laboratorio. (Véase también GLD.3.3, ME 3)

Estándares

AOP.5.9 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

AOP.5.9.1 Existe un proceso para el análisis de competencia.

Propósito de AOP.5.9 y AOP.5.9.1

Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios de anatomía patológica y laboratorio clínico. Los procedimientos de control de calidad incluyen:

- 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 (véase también AOP.5.5); y
- e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Las pruebas de competencia 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 pruebas de competencia, 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. El laboratorio lleva un registro del proceso.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Las pruebas de competencia, o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los programas de laboratorio de especialidades (véase también el Glosario), cuando estén disponibles.

Elementos medibles de AOP.5.9

1. Existe un programa de control de calidad para el Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica.
2. El programa incluye la validación de los métodos de prueba.
3. El programa incluye la vigilancia diaria de los resultados de los análisis.
4. El programa incluye la rápida corrección de las deficiencias.
5. El programa incluye la documentación de resultados y medidas correctivas.
6. Se implementan los elementos a) hasta e) del programa identificados en el propósito.

Elementos medibles de AOP.5.9.1

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

Estándar

AOP.5.10 El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de laboratorio.

Propósito de AOP.5.10

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

Elementos medibles de AOP.5.10

1. Los resultados de control de calidad de fuentes externas se revisan periódicamente.
2. Los resultados de control de calidad son revisados por personal calificado.

Estándar

AOP.5.11 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Propósito de AOP.5.11

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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de AOP.5.11

1. Se conserva 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

Estándares indispensable

AOP.6 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

AOP.6.1 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante convenios con fuentes externas.

Propósito de AOP.6 y AOP.6.1

El establecimiento cuenta con un sistema para proporcionar servicios de radiología y de diagnóstico por imagen requeridos por su población de pacientes, por los servicios clínicos ofrecidos y por las necesidades de los prestadores de atención médica. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con todos los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, incluidos los de urgencias, pueden prestarse dentro del establecimiento, en otra organización por convenio, o de ambas formas. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.

Las fuentes externas son de práctico acceso para el paciente, y los informes se reciben de una manera puntual que apoya la continuidad de la atención. El establecimiento selecciona fuentes externas basándose en la recomendación de su director o de personal responsable de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. Las fuentes externas de servicio de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un registro puntual. Se informa a los pacientes cuando el médico que hace la derivación es propietario de una fuente externa de servicios de radiología y de diagnóstico por imagen.

Elementos medibles de AOP.6

1. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales, incluyendo licencia sanitaria y responsable.
2. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de AOP.6.1

1. Las fuentes externas se seleccionan basándose en recomendaciones del director y en un registro de desempeño y cumplimiento oportuno conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
2. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas de servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. (Véase también GLD.6.1, ME 1)

Estándar indispensable

AOP.6.2 Hay un programa de seguridad radiológica implementado, que se sigue y se documenta.

Propósito de AOP.6.2

El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, radioterapia oncológica y cateterismo cardíaco. El programa de seguridad radiológica refleja los riesgos y peligros encontrados en el establecimiento. El programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes. El programa se coordina junto con el programa de gestión de seguridad de las instalaciones.

El programa de gestión de seguridad radiológica incluye:

- políticas y procedimiento que respaldan el cumplimiento con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes;
- políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
- disponibilidad de dispositivos protectores de seguridad adecuados para las prácticas y los peligros encontrados;
- la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad; y
- la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de AOP.6.2

1. El establecimiento ha implementado un programa de seguridad radiológica. (Véanse también FMS.4 y FMS.5)
2. El programa se coordina junto con el programa de gestión de seguridad del establecimiento.
3. Hay políticas y procedimientos que se ocupan del cumplimiento de los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

4. Hay políticas y procedimientos que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (Véase también FMS.5, ME 2)
5. Hay dispositivos de seguridad radiológica adecuados a disposición. (Véase también FMS.5, ME 5)
6. El personal de radiología y diagnóstico por imagen tiene orientación en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad. (Véanse también FMS.11, ME 1 y GLD.5.4, ME 1 y 2)
7. El personal de radiología y diagnóstico por imagen recibe educación sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos. (Véanse también SQE.8, ME 3 y 4)

Estándar

AOP.6.3 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 AOP.6.3

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. Se encomienda al personal técnico tareas que concuerden 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 AOP.6.3

1. Se identifica el 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. (Véase también SQE.4, ME 1)
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal debidamente capacitado y experimentado. (Véase también SQE.4, ME 1)
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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar indispensable

AOP.6.4 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 AOP.6.4

El establecimiento define el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen de acuerdo a las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen los análisis de urgencia, fuera del horario de atención y durante los fines de semana, por ejemplo 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 terceros contratados, se informan de conformidad con la política del establecimiento o los requisitos del contrato. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 2, ME 1)

Elementos medibles de AOP.6.4

1. El establecimiento ha definido el tiempo del informe para los 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. (Véase también ASC.7, ME 2)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

AOP.6.5 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 AOP.6.5

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 prevé

- la selección y adquisición de equipo;
- equipo de identificación 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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

Elementos medibles de AOP.6.5

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

Estándar

AOP.6.6 Habitualmente hay disponibles películas para radiografías y demás suministros.

Propósito de AOP.6.6

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

Elementos medibles de AOP.6.6

1. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están identificados. (Véase también FMS.5, ME 1)
2. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están disponibles.
3. Todos los suministros se guardan y se dispensan según las pautas. (Véase también FMS.5, ME 2)
4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
5. Todos los suministros están etiquetados en forma completa. (Véase también FMS.5, ME 7)

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.6.7 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 AOP.6.7

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, preferentemente un radiólogo. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personal debidamente calificado.

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

- la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de las fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen; y
- el control y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Elementos medibles de AOP.6.7

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están bajo la dirección de un profesional calificado (Véase también GLD.5, ME 1) de conformidad con las leyes, reglamentaciones y normas aplicables.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen el mantenimiento de programas de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de las fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen. (Véase también GLD.3.3, ME 4)
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen. (Véase también GLD.3.3, ME 3)
7. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.6.8 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Propósito de AOP.6.8

Los sistemas de control de calidad son esenciales para proporcionar excelentes servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Los procedimientos de control de calidad incluyen

- la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud y precisión;
- la vigilancia diaria de los resultados de imágenes por parte de personal calificado del laboratorio;
- una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
- la prueba de los reactivos y soluciones (véase también AOP.6.6); y
- la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos medibles de AOP.6.8

1. El establecimiento ha implementado un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.
2. El control de calidad incluye la validación de los métodos de prueba.
3. El control de calidad incluye la vigilancia diaria de los resultados de los exámenes de diagnósticos por imagen.
4. El control de calidad incluye una rápida corrección ante la identificación de una deficiencia.
5. El control de calidad incluye pruebas de reactivos y soluciones.
6. El control de calidad incluye la documentación de resultados y medidas correctivas.

Estándar indispensable

AOP.6.9 El establecimiento revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de diagnóstico.

Propósito de AOP.6.9

Cuando el establecimiento emplea fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen, personal calificado recibe y revisa regularmente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Cuando el control de calidad de los exámenes de diagnóstico por imagen de fuentes externas es difícil de obtener, el director elabora un enfoque alternativo para la supervisión de calidad.

Elementos medibles de AOP.6.9

1. Los resultados de control de calidad de fuentes externas se revisan periódicamente.
2. Los resultados del control de calidad son revisados por personal calificado.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

AOP.6.10 El establecimiento tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

Propósito de AOP.6.10

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.

Elementos medibles de AOP.6.10

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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Atención de pacientes (COP)

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 prestación de atención 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 Evaluación de pacientes (AOP) 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.

Prestación de atención para todos los pacientes

Estándar indispensable

COP.1 Las políticas, procedimientos, leyes y reglamentaciones correspondientes, incluyendo el Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud, 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 “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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos. Dichas políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones correspondientes. La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

1. 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.
2. El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos calificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
3. El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
4. La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad (por ejemplo, atención de anestesia) en todo el establecimiento.
5. 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 resultados similar en todo el establecimiento.

Elementos medibles de COP.1

1. Los directores del establecimiento colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes. (Véanse también ACC.1.1 y AOP.4, ME 1)
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 requisitos N° 1 al N° 5 del propósito. (Véase también ASC.3, ME 1)

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. Los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes, por ejemplo, atención por equipo multidisciplinario. (Véase también el propósito de 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 conjuntas para la atención del paciente.

Elementos medibles de COP.2

1. La planificación de la atención está integrada y coordinada entre entornos y servicios. (Véase también ACC.2, ME 3)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las sesiones conjuntas se anotan en el expediente clínico del paciente.

Estándar indispensable

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 valoración 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 a fin de reflejar la evolución 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

6. El profesional que brinda la atención anotará la atención prestada a cada paciente en el expediente clínico del paciente. (Véanse también ASC.7.2; ASC.5.2, ME 1; y COP.2.3, ME 1)

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, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional (véase también el Glosario). Personal calificado será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas órdenes deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna. Las órdenes por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo. Las órdenes pueden estar escritas en una hoja que se transfiere al expediente clínico en forma periódica o en el momento del alta.

Cada establecimiento decide:

- qué órdenes deben hacerse por escrito en vez de oralmente;
- qué órdenes de pruebas de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico deben proporcionar una indicación/justificación clínica;
- toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos;
- quién está autorizado a emitir órdenes; y
- dónde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico.

Elementos medibles de COP.2.2

1. Las órdenes se emiten cuando es necesario y cumplen la política del establecimiento. (Véase también MMU.4)
2. Las órdenes para exámenes de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico incluyen una indicación/justificación clínica cuando sea necesario para su interpretación.
3. Sólo emiten órdenes quienes están autorizados para hacerlo.
4. Las órdenes se encuentran en un lugar uniforme dentro de los expedientes clínicos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 cardiacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos (véase también el Glosario) y no invasivos. (Para procedimientos quirúrgicos, véanse ASC.7.2, ME 2 y COP.2.1, ME 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, sobre la atención y el tratamiento planificados y participan en las decisiones sobre la atención. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo es preciso que estén informados de los resultados de la atención y del tratamiento, incluye cualquier resultado imprevisto de la atención.

Elementos medibles de COP.2.4

1. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento. (Véase también PFR.2.1.1, ME 1)
2. Se informa a los pacientes y familiares acerca de cualquier resultado imprevisto de su atención y tratamiento. (Véase también PFR.2.1.1, ME 2)

Atención de pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo

Estándar indispensable

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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, su estado o la 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 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 y para responder de manera exhaustiva, 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, cuando estuvieran 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 ej., la necesidad de prevenir una trombosis venosa profunda, úlceras de decúbito y caídas). Tales riesgos, cuando están presentes, se pueden prevenir educando al personal y elaborando políticas y procedimientos adecuados. (Véanse también PFR.1.5, ME 1 y 2)

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 aplicables.
3. El personal recibió capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándares

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

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

COP.3.3 Las políticas y los procedimientos guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.

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

COP.3.5 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.

COP.3.6 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes dializados.

COP.3.7 Las políticas y procedimientos guían el uso de la sujeción en los procesos de atención médica.

COP.3.8 Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.

COP.3.9 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.

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 la política o procedimiento identifiquen

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, a la paciente obstétrica 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 o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías clínica suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos, y pueden incorporarse a los mismos. (Véanse también PFR.1.4, ME 2; PFR.1.5, ME 2 y AOP.1.7)

Nota: en el caso de los estándares COP.3.1 hasta COP.3.9, los elementos a) hasta f) del propósito deberán reflejarse en las políticas y procedimientos requeridos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de COP.3.1

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

Elementos medibles de COP.3.2

1. Hay políticas y procedimientos que guían el uso uniforme de servicios de reanimación en todo el establecimiento.
2. La reanimación se lleva a cabo conforme a las políticas y procedimientos.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de COP.3.3

1. Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.
2. La sangre y los hemoderivados se administran conforme a las políticas y procedimientos.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de COP.3.4

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

Elementos medibles de COP.3.5

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

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de COP.3.6

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

Elementos medibles de COP.3.7

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de COP.3.8

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores delicados y dependientes.
2. Los pacientes adultos mayores delicados y dependientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes pediátricos y dependientes.
4. Los pacientes pediátricos y dependientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
5. Hay políticas y procedimiento que guían la identificación y atención de los pacientes en riesgo de abuso.
6. Los pacientes identificados en riesgo de abuso reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de COP.3.9

1. Hay políticas y procedimientos adecuados 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.

Terapia de alimentos y nutrición

Estándar

COP.4 Habrá una variedad de opciones de alimentación adecuadas para el estado nutricional del paciente fácilmente disponibles y que concuerden con su atención clínica.

Propósito de COP.4

Los alimentos y la nutrición adecuados son importantes 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 ordenará 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

variedad de opciones de alimentos de acuerdo con su estado nutricional (véase también el Glosario).

Elementos medibles de COP.4

1. Los alimentos o la nutrición adecuados para el paciente están regularmente disponibles.
2. Todos los pacientes tienen una orden de alimentación en su expediente.
3. La orden 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.

Estándar indispensable

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 por sonda, 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 nutricionales por sonda 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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

COP.5 Los pacientes con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de COP.5

En la evaluación inicial, se estudia a los pacientes para identificar quiénes corren riesgos nutricionales. Estos pacientes son transferidos a un nutriólogo para una evaluación más exhaustiva. Cuando se determina que un paciente corre un riesgo nutricional, se lleva adelante un plan de terapia nutricional (véase también el Glosario). Se controla la evolución del paciente y se deja constancia de la misma en su expediente. Los médicos, el personal de enfermería, el servicio de dietología y, cuando correspondiera, la familia del paciente, colaboran en la planificación y la administración de terapia nutricional. (Véase también AOP.1.6)

Elementos medibles de COP.5

1. Los pacientes evaluados con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.
2. Se emplea un proceso de colaboración para planificar, administrar y controlar la terapia nutricional. (Véase también COP.2)
3. Se controla la respuesta del paciente a la terapia nutricional. (Véase también AOP.2, ME 1)
4. Se deja constancia de la respuesta del paciente a la terapia nutricional en su expediente. (Véase también MCI.19.2, ME 4)

Manejo del dolor y atención de enfermedades terminales

Los pacientes que padecen dolor o que se acercan al final de su vida, así como sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades. Puede que los pacientes padezcan dolor asociado con tratamientos o procedimientos tales como dolor posoperatorio, durante una sesión de fisioterapia o asociado con enfermedades crónicas o agudas. Es posible que los pacientes en agonía también experimenten otros síntomas (véase también el Glosario) 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 y el hecho de morir. Las familias y los cuidadores pueden necesitar un descanso de cuidar a un familiar con una enfermedad terminal o que necesiten ayuda para sobrellevar la pena y la pérdida.

El objetivo del establecimiento para manejar el dolor o prestar atención hacia el final de la vida 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 manejar el dolor y la atención de enfermedades terminales. Estos procesos:

- aseguran a los pacientes que su dolor y sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que padecen dolor o que son enfermos terminales sean tratados con dignidad y respeto;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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.6 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 (véase también el Glosario), el establecimiento cuenta con procesos para evaluar y manejar el dolor en forma adecuada, incluidos:

- a) la identificación de pacientes con dolor durante la valoración inicial y las revaloraciones;
- b) el manejo del dolor conforme a las pautas o protocolos (véase también el Glosario);
- 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 (véase también PFR.1.1, ME 1); y
- d) la educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y el manejo del dolor. (Véase también PFR.2.4)

Elementos medibles de COP.6

1. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos para identificar a los pacientes que padecen dolor. (Véase también AOP.1.8.2, ME 1)
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a las guías de manejo del dolor.
3. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos de comunicación y educación de pacientes y familiares respecto al dolor. (Véase también PFE.4, ME 5)
4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos para educar al personal acerca del dolor. (Véase también SQE.3, ME 1)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

COP.7 El establecimiento se ocupa de la atención de enfermedades terminales.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de COP.7

Los pacientes que padecen dolor o los que se encuentran en agonía 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 tales como la autopsia y la donación de órganos;
- c) el respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente (véase también PFR.1.1, ME 1);
- 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. (Véase también 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 que presta el establecimiento se ocupa de las necesidades de los pacientes en agonía, incluyendo al menos los elementos a) hasta e) del propósito, según sea adecuado para el paciente y 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 actual de los síntomas y la respuesta del paciente;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- d) la orientación espiritual del paciente y su familia y, según corresponda, toda 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 o de reemplazo por descanso para el paciente, la familia u otros cuidadores;
- h) la necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos; y
- i) los factores de riesgo de los sobrevivientes (véase también el Glosario), como por ejemplo: los mecanismos de la familia para sobrellevar la situación y el potencial de reacciones patológicas de duelo.

Elementos medibles de COP.7.1

1. Se evalúa y revalora a los pacientes y sus familiares en búsqueda de los elementos identificados desde a) hasta i) en el propósito, según corresponda.
2. Los hallazgos de la evaluación guían la atención y los servicios prestados. (Véase también AOP.2, ME 2)

Estándar

COP.7.2 La atención del paciente en agonía optimiza su comodidad y su dignidad.

Propósito de COP.7.2

El establecimiento asegura una atención adecuada para aquellos pacientes que padecen dolor o están muriendo, 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 de COP.7.2

1. Se realizan intervenciones para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios. (Véase también PFR.2.4, ME 1)
2. Se previenen los síntomas, en la medida que sea razonablemente posible.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.
(Véanse también PFR.2, ME 1 y PFR.2.1, ME 4)

Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

Perspectiva general

El empleo de anestesia, sedación y las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de un establecimiento de atención médica, requieren una evaluación completa, integral y un constante control del paciente.

La anestesia y la sedación (véase también el Glosario) son vistas, por lo general, como la continuación de la sedación mínima (véase también el Glosario) hasta la anestesia total. Como la respuesta del paciente puede variar a lo largo de ese proceso, el empleo de la anestesia y la sedación se organiza de manera integrada. Por consiguiente, este capítulo incluye la anestesia y la sedación moderada y profunda, durante las cuales se ponen en riesgo los reflejos de protección de las vías respiratorias. Este capítulo no trata sobre el uso de la sedación mínima (ansiólisis), por consiguiente, el empleo del término “anestesia” incluye la sedación moderada y la profunda.

Nota: 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 indispensable

ASC.1 Los servicios de anestesia están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes.

Propósito de ASC.1

El establecimiento cuenta con un sistema 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 cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Los servicios de anestesia pueden prestarse dentro del establecimiento, en otra organización por convenio, o de ambas formas. Hay servicios de anestesia disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.

Toda utilización de fuentes externas de anestesia se basa en la recomendación del director y demás personal responsable de los servicios de anestesia. Las fuentes externas cumplen con las leyes y normatividad correspondiente, y cuentan con un registro aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de ASC.1

1. Los servicios de anestesia cumplen con los estándares, leyes y normatividad correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de anestesia adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades del paciente.
3. Hay servicios de anestesia disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en recomendaciones del director, en un registro aceptable de desempeño y en el cumplimiento con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar indispensable

ASC.2 Un médico anestesiólogo 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 anestesiólogo 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;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia; 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 anestesiólogo, 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 el mantenimiento de programas de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia. (Véase también GLD.3.3, ME 1)
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.
7. El médico anestesiólogo lleva a cabo las responsabilidades. (Véase también GLD.5.5)

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Sedación

Estándar indispensable

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

Propósito de ASC.3

La sedación, en particular la moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando definiciones, políticas y procedimientos claros. Los grados de sedación tienen lugar en forma consecutiva, y un paciente puede progresar según los medicamentos, la vía y las dosis administradas. 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 orales.

Las políticas y procedimientos de sedación identifican

- 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; y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Son importantes las competencias del anestesiólogo responsable de que el paciente reciba sedación moderada y profunda. La persona debe ser competente en:

- g) técnicas de sedación;
- h) el control adecuado;
- i) la respuesta ante complicaciones;
- j) el empleo de agentes de reversión de situaciones; y
- k) al menos reanimación básica.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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, ME 3 y GLD.3.2.1, ME 3)

En el Glosario podrán encontrarse definiciones de los niveles de sedación.

Elementos medibles de ASC.3

1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para cumplir al menos los elementos a) hasta f) del propósito, para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda. (Véanse también AOP.2, ME 2 y MMU.4, ME 1)
2. El médico anestesiólogo participa en la elaboración de las políticas y procedimientos.
3. Hay una evaluación previa a la sedación por un médico anestesiólogo, conforme a la política del establecimiento, a fin de estudiar los riesgos y la idoneidad de la sedación para el paciente.
4. El médico anestesiólogo responsable de la sedación cuenta con las competencias en al menos los elementos g) hasta h) del propósito.
5. El médico anestesiólogo controla al paciente durante la sedación y durante el período de recuperación, y documenta dicho control.
6. La sedación moderada y profunda se administran conforme a la política del hospital.

Ver parte 2, Estándares Nacionales

Anestesia

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. La evaluación preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y el plan de atención de anestesia;
- 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de ASC.4

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente. (Véase también AOP.1.1, ME 1)
2. Se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
3. Las dos valoraciones las realizan médicos anesthesiólogos.
4. Las dos valoraciones se documentan en el expediente clínico (véase también el Glosario).

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. 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 y la anticipada 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 relacionados con la anestesia planeada y la analgesia posoperatoria. Esta discusión tiene lugar 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.
(Véanse también COP.2.1, ME 6 y MCI.19.1, ME 4)

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 período 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 controla permanentemente el estado fisiológico durante la administración de la anestesia. (Véase también AOP.2, ME 1)
2. Los resultados del control se anotan en el expediente. (Véase también MCI.19.1, ME 4)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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 (véase también el Glosario) 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 expediente de los datos del 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:

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- a) Un médico anesthesiologo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente.
- b) Un médico anesthesiologo dará de alta al paciente conforme a los criterios para la atención postanestésica establecidos por los directores del hospital, 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 período postanestésico se controla a los pacientes de acuerdo a su estado. (Véase también AOP.2, ME 3)
2. Los hallazgos del control se ingresan en el expediente clínico del paciente. (Véase también MCI.19.1, ME 4)
3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación postanestésica conforme a las alternativas descritas en a) hasta c) del propósito.
4. Se registra la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Atención quirúrgica

Estándar indispensable

ASC.7 Se planea y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

Propósito de ASC.7

Como la cirugía conlleva un alto nivel de riesgo, su utilización se planea minuciosamente. La o las evaluaciones del paciente son la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado. La o las evaluaciones proporcionan la información necesaria para:

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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véanse también AOP.1.5.1, ME 1; AOP.5.3, ME 3 y AOP.6.4, ME 3)
3. Previo al procedimiento, se documenta un diagnóstico preoperatorio. (Véase también MCI.19.1, ME 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 (véase también el Glosario) 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 puedan 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. (Véase también PFR.6.4, ME 1)
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. (Véase también PFR.6.1, ME 2)

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

ASC.7.2 Se anota la cirugía y se describe la técnica quirúrgica realizadas, en el expediente del paciente.

Propósito de ASC.7.2

La atención posquirúrgica depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se incluye un diagnóstico posoperatorio, 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. (Véase también COP.2.1, ME 6)

Elementos medibles de ASC.7.2

1. Se documenta un diagnóstico postoperatorio en el expediente clínico.
2. Se documenta una descripción del procedimiento quirúrgico, de los hallazgos y de toda muestra quirúrgica. (Véanse también COP.2.3, ME 1 y 2)
3. Se documentan los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos.
4. El informe quirúrgico escrito o una nota en el expediente del paciente, están disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

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 el retorno a cirugía, 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 del control se ingresan en el expediente clínico del paciente. Este requisito está relacionado con el mismo requisito de control fisiológico durante la anestesia (véase también ASC.5.3). Se registrará aquí sólo si el procedimiento se realizó bajo anestesia local, sin anestesia general o regional ni sedación.

Elementos medibles de ASC.7.3

1. El estado fisiológico del paciente se controla permanentemente durante la cirugía. (Véase también AOP.2, ME 1)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El estado fisiológico del paciente se controla durante el período inmediatamente posterior a la cirugía. (Véase también AOP.2, ME 1)
3. Los hallazgos se ingresan en el expediente clínico del paciente. (Véase también MCI.19.1, ME 4)

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 posquirúrgicas 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 posquirúrgica 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 período de recuperación o rehabilitación.

Elementos medibles de ASC.7.4

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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Manejo y uso de medicamentos (MMU)

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, ordenar/recetar, transcribir, distribuir, preparar, dispensar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos. Los procesos de manejo de los medicamentos para la seguridad del paciente son universales.

Organización y manejo

Estándar indispensable

MMU.1 El 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 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, podrá organizar y controlar los medicamentos de todo el establecimiento. El manejo efectivo de los medicamentos incluye todo el establecimiento, los servicios de hospitalización, ambulatorios y de especialidades. A fin de garantizar el manejo y el uso eficientes y efectivos de los medicamentos, el establecimiento lleva a cabo una revisión de sistemas, al menos una vez al año, que incluye la selección y adquisición de medicamentos, su almacenamiento, orden y transcripción, su preparación y dispensación, administración y control. La revisión tiene en cuenta prácticas basadas en evidencias, datos de calidad y mejoras documentadas a fin de comprender la necesidad y prioridad de mejoras continuas del sistema en cuanto a la calidad y la seguridad de los pacientes.

Elementos medibles de MMU.1

1. Existe un plan, política u otro documento que identifica el modo en que los medicamentos se organizan y manejan en todo el establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Se incluyen en la estructura organizacional todos los servicios y personal que maneja procesos de medicación.
3. Hay políticas que guían todas las fases del manejo de los medicamentos y el uso de medicamentos dentro del establecimiento.
4. Existe al menos una revisión documentada del sistema de manejo de medicamentos dentro de los 12 meses previos.
5. La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes. La farmacia cuenta con licencia sanitaria y responsable.
6. Las fuentes adecuadas de información sobre los fármacos están fácilmente disponibles para quienes participan en el uso del medicamento.

Estándar

MMU.1.1 La farmacia o el servicio farmacéutico está supervisado por un químico farmacobiólogo o un médico, preferentemente anestesiólogo o farmacólogo clínico.

Propósito de MMU.1.1

Personal calificado supervisa las actividades de la farmacia o del servicio farmacéutico. La persona cuenta con las habilitaciones, certificaciones y capacitación. La supervisión incluye todos los procesos descritos desde MMU.2 hasta MMU.5, y la participación en MMU.7 hasta MMU.7.1.

Elementos medibles de MMU.1.1

1. Una persona debidamente habilitada, certificada y capacitada supervisa todas las actividades. (Véase también GLD.5, ME 1)
2. Dicho personal supervisa los procesos descritos en MMU.2 hasta MMU.5.

Selección y adquisición

Estándar

MMU.2 Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para recetar u ordenar.

Propósito de MMU.2

Cada establecimiento debe decidir qué medicamentos tendrá a disposición para que los prestadores de atención médica receten y ordenen. 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 están inmediatamente disponibles de fuentes externas. En algunos casos, hay leyes o reglamentaciones que determinan los medicamentos de la lista o la fuente de dichos medicamentos. La

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

selección de medicamentos es un proceso de colaboración que tiene en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y el aspecto económico.

En ocasiones no hay algún medicamento debido a retrasos en la entrega, escasez a nivel nacional o por otros motivos, por lo tanto, el establecimiento cuenta con un proceso para notificar, de la escasez, a quienes recetan y sugieren medicamentos alternativos.

Elementos medibles de MMU.2

1. Los medicamentos disponibles para recetar y ordenar se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados.
2. Existe una lista de medicamentos en existencias dentro del establecimiento o a inmediata disposición de fuentes externas.
3. Se utilizó un proceso de colaboración para elaborar la lista.
4. Existe un proceso establecido para casos en los que no esté disponible algún medicamento, que incluye una notificación a quienes recetan, y sugerencias 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 Comité o Unidad de Farmacovigilancia, 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 receta el fármaco (dosis o vía) y cualquier evento adverso asociado con el.

La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información emergente sobre seguridad, eficacia, información sobre el uso y eventos adversos. 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 Comité de Farmacovigilancia que supervise el uso de medicamentos en el establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en todo el establecimiento.
3. Los médicos que participan en los procesos de ordenar, dispensar, administrar y controlar los medicamentos colaboran en el control y el mantenimiento 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 existencias o que no están normalmente disponibles para la organización, o en las ocasiones en las que la farmacia está cerrada.

Propósito de MMU.2.2

De vez en cuando, se necesitan 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 el suministro de medicamentos está bajo llave. Cada establecimiento necesita un plan para estos casos y educa al personal sobre los procedimientos a seguir en caso de que ocurran. (Véase también GLD.3.2.1, ME 2)

Elementos medibles de MMU.2.2

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. (Véase también GLD.3.2.1, ME 1)
2. Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave. (Véase también GLD.3.2.1, ME 2)
3. El personal aplica los procesos.

Almacenamiento

Estándar indispensable

MMU.3 Los medicamentos se almacenan de manera debida y segura.

Propósito de MMU.3

Los medicamentos se pueden guardar dentro de un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la estación de enfermería. El estándar

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

MMU.1 proporciona el mecanismo de supervisión para todos los lugares donde se guardan medicamentos. En todos los lugares donde se guardan medicamentos, se hace evidente lo siguiente:

- a) los medicamentos se guardan 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 guardan en las unidades de atención; cuando sea necesario desde el punto de vista clínico hay salvaguardas para evitar su administración involuntaria (marcadas en la Meta internacional para la seguridad del paciente 3, ME 1 y 2);
- e) todas las áreas de almacenamiento de medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos estén debidamente almacenados;
- f) la política del establecimiento define cómo se identifican y guardan los medicamentos que el paciente trae consigo.

Elementos medibles de MMU.3

Cada elemento incluido en el propósito de a) hasta f), se marca en forma separada, ya que representan áreas críticas o de alto riesgo.

1. Los medicamentos se guardan 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 de almacenamiento de medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos estén debidamente almacenados.
5. La política del establecimiento define cómo se identifican y guardan los medicamentos que el paciente trae consigo.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 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 almacenados 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 planifica la ubicación de los medicamentos de urgencia y los medicamentos a ser suministrados, 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. A estos efectos pueden utilizarse armarios, carros rojos, bolsas o cajas rojas. A fin de asegurar el acceso a los medicamentos de urgencia cuando sea necesario, el establecimiento implementa un procedimiento o proceso para evitar el abuso, robo o extravío de dichos medicamentos.

El proceso asegura que los medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o vencen. Por consiguiente, el establecimiento entiende el equilibrio entre el rápido acceso y la seguridad de los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia.

Elementos medibles de MMU.3.2

1. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las unidades donde serán necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia. (Véase también GLD.3.2.1, ME 1 y MMU.2.2, ME 1)
2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse o cuando se vencen o dañan.

Estándar

MMU.3.3 El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de circulación 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 de todo uso o destrucción de medicamentos vencidos o caducados.

Elementos medibles de MMU.3.3

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de medicamentos.
2. Las políticas y procedimientos se ocupan de todo uso de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.
3. Las políticas y procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.
4. Las políticas y procedimientos están implementados.

Orden y transcripción

Estándar

MMU.4 Hay políticas y procedimientos, basadas en la normatividad correspondiente, que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.

Propósito de MMU.4

Existen políticas y procedimientos que guían las recetas, órdenes y 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 recetar, ordenar y transcribir. Como las recetas u órdenes 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.

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 de la farmacia, del personal de enfermería y de los médicos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de MMU.4

1. Las políticas y procedimientos guían procedimientos seguros para recetar, ordenar y transcribir medicamentos en el establecimiento. (Véase también COP.2.2, ME 1; COP.3, ME 1 y Meta internacional para la seguridad del paciente 2, ME 1)
2. Hay políticas y procedimientos que se ocupan de las acciones relacionadas con las recetas y órdenes ilegibles.
3. Existe un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos aplicables.
4. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para recetar, ordenar y transcribir.
5. Los expedientes clínicos contienen una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición de la farmacia y de quienes prestan atención al paciente.

Estándar

MMU.4.1 El establecimiento define los elementos de una orden o receta 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 orden o receta completas. Los elementos incluidos en las políticas incluyen al menos lo siguiente:

- a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
- b) Los elementos de la orden o receta.
- c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
- d) Si se necesitan indicaciones de uso a PRN (por razón necesaria) u otro tipo de orden de medicamento y cuándo.
- e) Precauciones o procedimientos especiales para ordenar 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) El empleo de órdenes de medicamentos orales y telefónicas y el proceso para verificar dichas órdenes. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 2, ME 1)
- i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, como por ejemplo en pacientes pediátricos.

Por consiguiente, este estándar impone expectativas para órdenes de medicamentos en todo el establecimiento. La política implementada se verá reflejada en que se ingresen órdenes completas en el expediente clínico, en que la

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

farmacia o la unidad dispensadora reciban la información necesaria para dispensar, y en que la administración de los medicamentos se base en una orden completa.

Elementos medibles de MMU.4.1

Los elementos a) hasta i) del propósito se marcan juntos, ya que representan aspectos de la política del establecimiento sobre las órdenes completas.

1. Las órdenes o recetas de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos se abarcan los elementos a) hasta i).
2. Las órdenes o recetas de medicamentos se completan según la política del establecimiento.

Estándar indispensable

MMU.4.2 El establecimiento identifica al personal calificado que tienen autorización para recetar u ordenar 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 conocimiento, habilitación y certificación para recetar u ordenar medicamentos. El establecimiento puede fijar límites al personal en cuanto a recetar u ordenar medicamentos controlados, agentes de quimioterapia o radiactivos y medicamentos experimentales. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamentos, identifican a las personas autorizadas para recetar y ordenar medicamentos. En situaciones de urgencia, el establecimiento identifica al personal que cuenta con un permiso para recetar u ordenar medicamentos.

Elementos medibles de MMU.4.2

1. Sólo el personal autorizado, por el establecimiento, las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, receta u ordena medicamentos.
2. Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para recetar y ordenar. (Véase también SQE.10, ME 1)
3. El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamentos identifican al personal autorizado para recetar y ordenar medicamentos.

Estándar

MMU.4.3 Los medicamentos recetados y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.

Propósito de MMU.4.3

El expediente clínico contiene una lista de los medicamentos recetados u ordenados para el paciente, las dosis y horas en que deben administrarse. Se incluyen los medicamentos administrados “por razón necesaria” autorizados por el

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

médico tratante. En los establecimientos que brindan servicios de atención médica a la mujer embarazada o puérpera, registran la información relacionada con los medicamentos que se administran y vigilan sus efectos. 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.4.3

1. Se registran los medicamentos recetados u ordenados a cada paciente.
2. Se registra cada dosis de medicamento administrada.
3. La información sobre los medicamentos se archiva en el expediente clínico o se incluye en su registro en el momento del alta o de la transferencia.

Preparación y dispensación

Estándar indispensable

MMU.5 Los medicamentos y alimentación parenteral se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

Propósito de MMU.5

La farmacia o el servicio farmacéutico preparan y dispensan los medicamentos en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. El establecimiento identifica la práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. Los medicamentos almacenados y dispensados desde áreas ajenas a 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. (Véase también PCI.7, ME 1 y 2)
2. La preparación y dispensación de medicamentos y 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.

Estándar

MMU.5.1 Se revisa la idoneidad de las recetas u órdenes de medicamentos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de MMU.5.1

El farmacéutico, técnico o profesional capacitados y habilitados revisan la idoneidad de cada receta u orden (recién ordenada o cuando cambia la dosis). El establecimiento define qué información del paciente se necesita para una revisión efectiva de la orden o receta. Esto sucede antes de la dispensación o la administración, cuando los medicamentos se dispensan desde sitios fuera de la farmacia. Cuando surgen dudas, se contacta a la persona que recetó u ordenó el medicamento.

El proceso para revisar una orden o una receta 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 (véase también el Glosario) respecto al criterio de uso del establecimiento;
- f) el peso del paciente y demás información fisiológica; y
- g) otras contraindicaciones.

Quienes revisan las órdenes o recetas de medicamentos cuentan con la competencia para hacerlo debido a su educación y capacitación. La revisión de la idoneidad puede que no ser necesaria en una urgencia o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento.

A fin de facilitar la revisión, existe un registro 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. El establecimiento define la información específica del paciente necesario para un proceso de revisión efectivo. (Véase también MCI.4, ME 1 y 3)
2. Se revisa la idoneidad de cada receta u orden, incluye los elementos a) hasta g) del propósito. Por consiguiente, se evalúa cada receta u orden para someterla a una revisión de idoneidad.
3. Se revisa la idoneidad de cada receta u orden antes de la dispensación.
4. Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que recetó u ordenó el medicamento.
5. El personal autorizado para revisar órdenes o recetas son competentes para dicha tarea.
6. La revisión se facilita mediante un registro para todos los pacientes que reciben medicamentos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

7. 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 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 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.

Administración

Estándar indispensable

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. Una 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, de acuerdo con su descripción de puesto o con el proceso de otorgamiento de privilegios, esta autorizado para administrar medicamentos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también SQE.13, ME 1 y 2)

Estándar indispensable

MMU.6.1 La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sean los correctos según la orden.

Propósito de MMU.6.1

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de

- a) el medicamento con la receta o la orden;
- b) la hora y la frecuencia de administración con la receta o la orden;
- c) la cantidad de la dosis con la receta o la orden;
- d) la vía de administración con la receta o la orden; y
- e) la identidad del paciente. (Marcado en la Meta internacional para la seguridad del paciente 1, ME 3)

El establecimiento define el proceso de verificación a utilizar en la administración de medicamentos.

Cuando el medicamento se prepara y se dispensa en la unidad de atención al paciente, el proceso de revisión de idoneidad descrito en MMU.5.1 deberá ser llevado a cabo por personal calificado.

Elementos medibles de MMU.6.1

1. Se verifican los medicamentos con la receta o la orden.
2. Se verifica la cantidad de la dosis del medicamento con la receta o la orden.
3. Se verifica la vía de administración con la receta o la orden.
4. Los medicamentos se administran puntualmente.
5. Los medicamentos se administran tal como se recetan, 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 la comprensión de las fuentes y usos de medicamentos que no se recetaron ni ordenaron en el establecimiento. El médico del paciente conoce los medicamentos que el paciente o su familia traen al establecimiento, y los anota en el expediente clínico. El médico del paciente está al tanto de la autoadministración de medicamentos (ya sean los que el paciente

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

trajo a la organización o los que se recetaron u ordenaron 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 autoadministración 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 traiga al establecimiento.
3. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.

Control

Estándar

MMU.7 Se controlan 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 a los pacientes que toman medicamentos. El propósito del control es evaluar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar efectos adversos. 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 anticipada, alérgicas, interacciones medicamentosas y un cambio en el equilibrio del paciente que aumenta el riesgo de caídas, etc.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo efecto adverso. El establecimiento cuenta con una política que identifica todos los efectos adversos que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso, cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.

Elementos medibles de MMU.7

1. Se controlan los efectos de los medicamentos en los pacientes, incluidos los efectos adversos. (Véase también AOP.2, ME 1)
2. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

3. El establecimiento cuenta con una política que identifica aquellos efectos adversos que deben registrarse en el expediente clínico del paciente y en el formato oficial de COFEPRIS para la farmacovigilancia. (Véase también QPS.6, ME 3)
4. Los efectos adversos se documentan en el expediente clínico, conforme a lo exigido por la política.
5. Los efectos adversos y las sospechas de reacción adversa medicamentosa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente.

Estándar

MMU.7.1 Los errores en la administración de medicamentos se notifican mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

Propósito de MMU.7.1

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar y notificar los errores en la administración de medicamentos y las omisiones. El proceso incluye la definición de un error en la administración de medicamento (véase también el Glosario) y cuasi-fallas, empleando un formato estandarizado para la notificación, y la educación del personal en cuanto al proceso y la importancia de la notificación. El proceso de notificación forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente. El programa se centra en la prevención de errores en la administración de medicamentos mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en el establecimiento y en otras organizaciones, y por qué tienen lugar las omisiones. Las mejoras de los procesos de administración de medicamentos y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro. La farmacia participa en la capacitación del personal.

Elementos medibles de MMU.7.1

1. Se define el error en la administración de medicamentos y cuasi-fallas. (Véase también QPS.6, ME 4 y QPS.7, ME 1)
2. Los errores en la administración de medicamentos y cuasi-fallas se notifican en forma oportuna, utilizando un proceso establecido. (Véase también QPS.7, ME 2)
3. El establecimiento emplea la información sobre errores en la administración de medicamentos y cuasi-fallas para mejorar los procesos de uso de medicamentos. (Véase también QPS.7, ME 3)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Educación del paciente y de su familia (PFE)

Perspectiva general

La educación del paciente y de su familia ayuda a participar mejor 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, al proporcionar servicios específicos tales como rehabilitación o terapia nutricional. 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 no sólo lo que debe aprenderse, sino cuál es la mejor manera en que puede 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 consiguiente, la educación puede incluir información para atención adicional, de seguimiento y cómo acceder a los servicios de urgencia si fuera necesario.

La educación es efectiva cuando un establecimiento emplea los formatos electrónicos, visuales y una variedad de técnicas de aprendizaje a distancia.

Estándar indispensable

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 o mecanismo adecuado para la educación en todo el establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Los recursos educativos se organizan de manera eficiente y efectiva.

Estándar indispensable

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, para participar y continuar la atención en el domicilio. Debe existir un proceso de evaluación que identifica los tipos de procedimientos quirúrgicos, invasivos, tratamientos planificados y las necesidades de enfermería que conllevan la atención después del alta. Esta evaluación permite a los profesionales impartir la información y 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 la prestación de atención (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. 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.
2. Los hallazgos de las evaluaciones de necesidades educativas 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. (Véase también PFR.2.1, ME 3 y MCI.3, ME 1 y 2)
5. Los pacientes y sus familiares aprenden cómo participar en las decisiones sobre la atención. (Véase también PFR.2, ME 1)
6. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su estado y todo diagnóstico confirmado. (Véase también PFR.2.1, ME 1)
7. Los pacientes y sus familiares aprenden sobre su derecho a participar en el proceso de atención según corresponda. (Véase también PFR.2.1, ME 4)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 las fortalezas, carencias del conocimiento y destrezas del paciente, y se utilizan para planificar la 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 evaluar:

- 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; y
- e) la disposición del paciente para recibir información.

Elementos medibles de PFE.2.1

1. Se evalúan los elementos a) hasta e) del propósito, tanto en el paciente como en su familia. (Véase también PFR.1.1, ME 1)
2. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.

Estándar indispensable

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 (véase también el Glosario) 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. (Véase también MCI.3, ME 1 y 2)
2. El establecimiento identifica y establece relaciones con recursos comunitarios que apoyan la promoción permanente de la salud y la

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

educación sobre prevención de enfermedades. (Véase también ACC.3.1, ME 2 y GLD.3.1, ME 2)

3. Se deriva a los pacientes a estos recursos cuando sea adecuado y estén disponibles. (Véase también GLD.3.1, ME 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 (véase también el Glosario) de los medicamentos;
- el uso seguro y efectivo de equipo médico (véase también el Glosario);
- las interacciones potenciales entre los medicamentos recetados 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 recetados 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. (Véase también COP.6, ME 3)
6. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

7. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre higiene de manos dentro del establecimiento.

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. La comprensión de los pacientes y sus familiares ayuda a que el establecimiento seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados, y que identifique el rol de la familia y el método de instrucción.

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 y que sea adecuada y útil. (Véase también MCI.3, ME 1 y 2). El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación oral 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. (Véase también MCI.3, ME 1 y 2)
2. Quienes imparten educación, alientan a los pacientes y sus familiares a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como participantes activos. (Véase también PFR.2, ME 1)
3. La información oral se refuerza con material escrito, según sea adecuado para las necesidades y preferencias de aprendizaje del paciente. (Véase también PFR.2.1 y MCI.3)

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 las contribuciones para 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 la 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. (Véase también ASC.5.1, ME 2)

CAPÍTULO I ESTÁNDARES INTERNACIONALES
SECCIÓN II
ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE
ATENCIÓN MÉDICA

Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)

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 del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- el diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión;
- el control (véase también el Glosario) de lo bien que funcionan los procesos, mediante el uso de indicadores (véase también el Glosario);
- el análisis de datos; y
- la implementación y estandarización de las mejoras.

Tanto el programa de mejora de la calidad como el de seguridad del paciente:

- son conducidos por líderes;
- procuran cambiar la cultura del establecimiento;
- identifican en forma proactiva y reducen el riesgo y la variación (véase también el Glosario);
- usan los datos (véase también el Glosario) para definir y atender prioridades; y
- procuran demostrar mejoras sostenibles.

La calidad y la seguridad están arraigadas en el trabajo diario de todos y cada uno de los miembros del establecimiento. Este capítulo 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, pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden hacer más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más inteligente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos. 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. Este enfoque toma en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un área. Este enfoque también toma en cuenta que la mayoría de los problemas de calidad clínicos y de gestión están interrelacionados. Por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

deben estar guiados por un marco global para las actividades de gestión y mejora de la calidad en el establecimiento, supervisados por un grupo o comité de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El marco presentado en estos estándares es adecuado para una amplia variedad de programas estructurados y enfoques menos formales para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Este marco también puede incorporar programas de control tradicionales tales como los relacionados con eventos imprevistos (manejo de riesgos) y uso de recursos (gestión de la utilización; véase también el Glosario).

Con el tiempo, los establecimientos que siguen este marco:

- desarrollarán un mayor apoyo del director para un programa que abarque toda la organización;
- capacitarán y harán participar a más personal;
- establecerán prioridades más claras sobre qué controlar;
- basarán sus decisiones en los datos del indicador; y
- mejorarán basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

Liderazgo y planificación

Estándar indispensable

QPS.1 El cuerpo de gobierno y directivos del establecimiento participan en la planeación y control del programa de mejora de la 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. Este liderazgo y esta planificación provienen del cuerpo de gobierno del establecimiento, junto con quienes, a diario, manejan las actividades clínicas y de gestión del establecimiento. En forma colectiva, ellos representan el liderazgo del establecimiento y tienen la responsabilidad de establecer el compromiso del establecimiento, el enfoque en pro de las mejoras y la seguridad, y la gestión y supervisión del programa. El director elabora el plan de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crea la cultura de calidad del establecimiento.

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 programa correspondiente (véase también GLD.1.6), recibir los informes relacionados con su instrumentación y actuar según los mismos.

Elementos medibles de QPS.1

1. El director del establecimiento participa en la elaboración del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El director del establecimiento participa en el control del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El director del establecimiento define el proceso o mecanismo de supervisión del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
4. Los responsables de las áreas en el establecimiento informan al cuerpo de gobierno o directivos acerca de la instrumentación del plan de calidad y seguridad del paciente.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar

QPS.1.1 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento colaboran para implementar el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Propósito de QPS.1.1

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento desempeñan un rol clave en lo que se refiere a asegurar que el programa de calidad y seguridad del paciente dé forma a la cultura de la organización y provoque un impacto sobre todos los procedimientos. 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 programa se ocupe de:

- el rol de diseño y rediseño del sistema dentro del proceso 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; asimismo, se encuentran reflejados en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente el programa de control de calidad del laboratorio clínico y el programa de manejo de riesgos. Se cuenta con una oficina de seguridad del paciente. El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye a todos los departamentos, servicios y/o tipos de personal clínico;
- un enfoque sistemático 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.

Elementos medibles de QPS.1.1

1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. (Véase también GLD.3.4, ME 2; SQE.11, ME 1; SQE.14, ME 1 y SQE.17, ME 1)
2. El programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a todo el establecimiento.
3. El programa se ocupa de los sistemas del establecimiento y del rol de diseño y rediseño del sistema en la mejora de la calidad y la seguridad.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

4. El programa se ocupa de la coordinación entre todos los componentes de las actividades de control y supervisión de la calidad del establecimiento. (Véase también GLD.3.4, ME 2 y PCI.10, ME 2)
5. El programa emplea un enfoque sistémico para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Estándar indispensable

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. Típicamente, los establecimientos tienen oportunidades para el control y la mejora de la calidad que sobrepasan los recursos tanto humanos como de otro tipo que tienen para cumplirlos, por lo tanto, los directivos dan una orientación importante para definir las actividades de control y mejora de la calidad; para ello, dan prioridad a los procesos críticos, de alto riesgo, con tendencia a dar problemas y que se relacionan directamente con la calidad de la atención y la seguridad del entorno; así como al cumplimiento de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Elementos medibles de QPS.1.2

1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento establecen prioridades para las actividades de control.
2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. Las prioridades incluyen la implementación 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 programa de mejora de la 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. La comprensión de lo que está funcionando 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

probablemente requieran tecnología y/o personal con experiencia en el manejo de datos. Los directivos de un establecimiento, por lo tanto, 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 y 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 y 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 indispensable

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, carteleras, 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 programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. Las comunicaciones se realizan regularmente, mediante canales efectivos y formales. (Véase también GLD.1.6, ME 2)
3. Las comunicaciones incluyen el progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Estándar indispensable

QPS.1.5 El personal está capacitado para participar en el programa.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

el 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. Los directivos tienen identificado a un docente con el conocimiento técnico y profesional pertinente para la capacitación.

Elementos medibles de QPS.1.5

1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
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.

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 emplean elementos de diseño de fuentes legales, incluidas leyes, reglamentaciones y normas oficiales, según corresponda. Tales fuentes incluyen guías y lineamientos de práctica clínica (véase también el estándar QPS.2.1), estándares nacionales, programas, etc. 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, practicadas 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) coincide con prácticas comerciales sólidas;
- e) tiene en cuenta la información relevante sobre el manejo de riesgos;
- f) se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en el establecimiento;
- g) se basa en la mejor práctica, en una práctica mejor que la propia o en buenas prácticas de otras organizaciones;
- h) utiliza información de actividades de mejora relacionadas; e

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- i) integra y conecta procesos y sistemas.

Cuando en un establecimiento se diseñan procesos nuevos, seleccionan indicadores para medirlo y una vez implementados, recogen los datos para comprobar si el proceso está 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 elementos de diseño a) hasta i) se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando.
3. Se seleccionan indicadores para medir lo bien que funciona el proceso recién diseñado o rediseñado.
4. Se utilizan indicadores para evaluar el desempeño constante del proceso.

Estándar indispensable

QPS.2.1 Se utilizan las guías y lineamientos de práctica clínica, así como las rutas clínicas para guiar la atención clínica (Ver COP.3 ME 4).

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 en 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, 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 y lineamientos de práctica clínica constituyen herramientas útiles en este esfuerzo para entender y aplicar la mejor ciencia a un diagnóstico; además, procuran estandarizar 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 pautas 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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, lineamientos y normas de práctica clínica para guiar los procesos de atención al paciente.
2. Se emplean rutas clínicas para estandarizar los procesos de atención.
3. El establecimiento sigue el proceso descrito desde a) hasta f) del propósito para implementar guías y lineamientos de práctica clínica y rutas clínicas.
4. El proceso se utiliza para adaptar, adoptar o actualizar al menos una guía o lineamiento y una ruta clínica en un período de 12 meses.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Recolección de datos para el control de calidad

Estándares indispensables

QPS.3 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para controlar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión del establecimiento, y las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Nota: las áreas clínicas identificadas en los estándares QPS.3.1 hasta QPS.3.20 están incluidas en el control de calidad del establecimiento.

QPS.3.1 El control clínico incluye aquellos aspectos de la evaluación del paciente seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.2 El control clínico incluye aquellos aspectos de los servicios de laboratorio seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.3 El control clínico incluye aquellos aspectos de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen seleccionados por directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.4 El control clínico incluye aquellos aspectos de los procedimientos quirúrgicos seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.5 El control clínico incluye aquellos aspectos del uso de antibióticos y demás medicamentos seleccionados por los directivos y responsables de áreas en el establecimiento

Indispensable. QPS.3.6 El control clínico incluye el control de los errores en la administración de medicamentos y las ocasiones que pudieron representar omisiones.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Indispensable. QPS.3.7 El control clínico incluye aquellos aspectos del empleo de anestesia y sedación seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.8 El control clínico incluye aquellos aspectos del uso de sangre y hemoderivados seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.9 El control clínico incluye aquellos aspectos de la disponibilidad, el contenido y el uso de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.10 El control clínico incluye aquellos aspectos del control de infecciones, vigilancia e informes seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.11 El control clínico incluye aquellos aspectos de la investigación clínica seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.12 El control de gestión incluye aquellos aspectos de la obtención de los suministros y medicamentos habitualmente necesarios, esenciales para atender las necesidades del paciente, seleccionadas por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.13 El control de gestión incluye aquellos aspectos del informe de actividades según lo requieran las leyes y reglamentaciones, seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.14 El control de gestión incluye aquellos aspectos del manejo de riesgos seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.15 El control de gestión incluye aquellos aspectos de la planeación, organización, dirección y control de recursos seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.16 El control de gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.17 El control de gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del personal seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.18 El control de gestión incluye aquellos aspectos de los datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

QPS.3.19 El control de gestión incluye aquellos aspectos de la administración financiera seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Indispensable. QPS.3.20 El control de gestión incluye aquellos aspectos de la prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, de las familias y del personal, seleccionados por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento, incluidas las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de QPS.3 hasta QPS.3.20

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente está dirigida por los datos. Como la mayoría de los establecimientos de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para controlar todo lo que desean, por consiguiente, cada establecimiento debe elegir cuáles procesos, resultados clínicos y de gestión, son los más importantes a controlar, basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios. El control 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. Las medidas seleccionadas están relacionadas con las áreas clínicas y de gestión importantes (identificadas en los estándares QPS.3.1 hasta QPS.3.20). 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;
- la forma en que se logrará la medición;
- el modo en que las medidas entran dentro del plan global del establecimiento para el control de calidad y la seguridad del paciente; y
- la frecuencia de la medición.

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 en grandes cantidades 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 utiliza 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 existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos, procedimientos o resultados, se seleccionan nuevas medidas; por lo tanto, el establecimiento debe contar con un registro del seguimiento de control permanente en el área identificada; no obstante, los controles reales pueden cambiar.

A fin de controlar los procesos, resulta necesario determinar cómo organizar las actividades de control, con qué frecuencia recolectar datos y cómo incorporar la

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

recolección de datos en los procesos de trabajo diario. Los controles también resultan útiles para comprender mejor o examinar profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos (véase también QPS.4 hasta QPS.5) de control puede dar como resultado estrategias para mejorar el área que se está controlando. El control es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

Elementos medibles de QPS.3

1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves para controlar las áreas clínicas.
2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves para controlar las áreas de gestión.
3. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento tienen en cuenta las medidas de respaldo seleccionadas, como la evidencia científica.
4. El control incluye medidas relacionadas con las estructuras, procesos y resultados.
5. Se identifican el alcance, el método y la frecuencia de cada medida.
6. El control forma parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
7. Los resultados del control se comunican al mecanismo de supervisión y periódicamente a los directivos y responsables de las áreas del establecimiento

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de QPS.3.1 hasta QPS.3.11

1. El control clínico incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos de control clínico se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos de control clínico se usan para controlar y evaluar la efectividad de las mejoras.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de QPS.3.12 hasta QPS.3.20

1. El control de gestión incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos de gestión se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos de gestión se usan para controlar y evaluar la efectividad de las mejoras.

Análisis de los datos de control

Estándar

QPS.4 El personal con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agrupan y analizan sistemáticamente los datos en el establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 agregación de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o el 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 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 la atención médica.

Elementos medibles de QPS.4

1. Los datos se agregan, 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 agregan y analizan datos. La frecuencia depende de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición (véase también 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, el agregado 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar indispensable

QPS.4.2 El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos cuando estén disponibles, y con estándares científicos y prácticas deseables.

Propósito de QPS.4.2

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

1. con sí mismo en el tiempo, como por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
2. con otras organizaciones similares, como por ejemplo mediante bases de datos de referencia (véase también MCI.20.3, ME 3);
3. con estándares, tales como los establecidos por los cuerpos de acreditación y profesionales, o los establecidos por leyes y reglamentaciones; y
4. con las prácticas reconocidas deseables identificadas en la literatura como las mejores o con guías y lineamientos de práctica clínica.

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

Elementos medibles de QPS.4.2

1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Cuando es posible, se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Cuando corresponde se hacen comparaciones sobre el desempeño de indicadores o de los estándares.
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 un evento centinela (véase también el Glosario) 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; y
- c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

La definición de evento centinela del establecimiento incluye los puntos a) hasta c) y puede incluir otros eventos si la organización lo estima adecuado para agregarlo a su lista. Todos los eventos que cumplen con la definición se evalúan mediante un análisis de causa raíz. Cuando el análisis de causa raíz 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. Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento han establecido una definición de evento centinela que incluye al menos los puntos a) hasta c) incluidos en el propósito.
2. Los directivos y responsables de áreas en el establecimiento llevan a cabo un análisis de las causas principales de todos los eventos centinela en un período de tiempo especificado por los líderes del hospital.
3. Los eventos se analizan cuando ocurren.
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 analiza, 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. En particular, el análisis se inicia cuando los niveles, patrones o tendencias varían significativamente y de manera no deseada de:

- lo que se esperaba;
- los de otras organizaciones; o
- los estándares reconocidos.

Se realiza un análisis para lo siguiente:

- a) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
- b) Todos los eventos adversos graves de fármacos, si correspondiera y según lo definido por el establecimiento.
- c) Todos los errores relevantes en la administración de medicamentos, si correspondiera y según lo definido por el establecimiento.
- d) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre- y posoperatorios.
- e) Eventos adversos o patrones de tales eventos durante el empleo de sedación moderada o profunda y anestesia.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- f) Otros eventos tales como brotes de enfermedades infecciosas.

Elementos medibles de QPS.6

1. El análisis intenso de datos tiene lugar cuando ocurren niveles, patrones o tendencias adversas.
2. Se analizan todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si se aplicara al establecimiento.
3. Se analizan todos los eventos adversos graves de fármacos, si correspondiera y según lo definido por el establecimiento. (Véase también MMU.7, ME 3)
4. Se analizan todos los errores relevantes en la administración de medicamentos, si correspondiera y según lo definido por el establecimiento. (Véase también MMU.7.1, ME 1)
5. Se analiza toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre- y posoperatorios.
6. Se analizan todos los eventos adversos durante el empleo de sedación moderada o profunda y anestesia.
7. Se analizan otros eventos adversos definidos por el establecimiento.

Estándar

QPS.7 El Comité de Calidad del establecimiento emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de cuasi-fallas.

Propósito de QPS.7

En un intento por aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema para la ocurrencia de eventos adversos, el Comité de Calidad recolecta datos e información sobre tales eventos considerados como “cuasi-fallas” (véase también el Glosario) y los evalúa en un esfuerzo por prevenir que ocurran. En primer lugar, el Comité de Calidad establece una definición de las cuasi-fallas y del tipo de eventos que deben informarse. En segundo lugar, se implementa un mecanismo de informes, y finalmente existe un proceso para agregar y analizar los datos para aprender dónde los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían el evento relacionado o la ocasión que pudo representar una omisión.

Elementos medibles de QPS.7

1. El Comité de Calidad establece una definición de las cuasi-fallas y el tipo de eventos que debe informarse. (Véase también MMU.7.1 cuasi-fallas en la administración de medicamentos)
2. El Comité de Calidad establece el proceso para informar cuasi-fallas. (Véase también MMU.7.1 cuasi-fallas en la administración de medicamentos)
3. El Comité de Calidad analiza los datos y toma medidas para reducir las cuasi-fallas. (Véase también MMU.7.1, ME 3)

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Mejora

Estándar

QPS.8 Se logra 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 datos de controles de rutina, al igual que los intensivos, contribuyen con esta comprensión de dónde debe planificarse una mejora. 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.

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.

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 período 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 las mejoras logradas y sostenidas como parte de su plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también QPS.3, ME 1)
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 cuasi-errores y demás procesos identificados como de alto riesgo, en los cuales una falla 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 modos de fallas y efectos. 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 y del personal, y que luego usen la herramienta 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 y del personal.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento priorizan los riesgos de seguridad de los pacientes y del personal al menos una vez por año.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Prevención y control de infecciones (PCI)

Perspectiva general

El objetivo del programa de prevención y control de infecciones nosocomiales es identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, el personal de salud, los trabajadores contratados (véase también “servicios contratados” en el Glosario), 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, el volumen de pacientes y la cantidad de empleados.

Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos 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 indispensable

PCI.1 Uno o más profesionales supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones nosocomiales, las cuales se encuentran calificadas mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.

Propósito de PCI.1

El 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, trabajando a tiempo completo o medio tiempo, 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. (Véase también el Glosario)

Elementos medibles de PCI.1

1. Un infectólogo, epidemiólogo y/o, en su caso, un médico o enfermera capacitados en el control de infecciones, supervisan el programa de control de infecciones.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Los profesionales están calificados técnicamente de acuerdo con el tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, el alcance y la complejidad del programa.
3. Los profesionales cumplen con las responsabilidades de supervisión tal como están asignadas o descritas en una descripción del puesto.

Estándar

PCI.2 Se asegura que en el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) (Ver Glosario) y en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) (Ver Glosario), participan entre otros, personal médico, de enfermería, técnicos de laboratorio y demás personal corresponsable de la seguridad del paciente en el establecimiento (Ver QPS3.10).

Propósito de PCI.2

Las actividades de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud 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 servicios de esterilización. En este sentido, debe existir un mecanismo diseñado para coordinar el programa de manera integral, que puede ser a través del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), sus responsabilidades incluyen: 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 asociadas al cuidado de la salud y el control de riesgos y los procesos de informe. La coordinación implica comunicarse con todas las áreas del establecimiento para garantizar que el programa sea continuo y proactivo.

En el programa de prevención y control de infecciones, los médicos y el personal de enfermería están representados y participan en colaboración con los profesionales responsables del control de infecciones. Se pueden incluir otras personas, según lo determine el tamaño del establecimiento y la complejidad de sus servicios (por ejemplo, un epidemiólogo, un experto en recolección de datos, un estadístico, un responsable de esterilización central, un microbiólogo, un farmacéutico, servicios de limpieza, servicios medioambientales o un supervisor de sala de operaciones).

Elementos medibles de PCI.2

1. En el acta constitutiva del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales y se incluye el siguiente personal: el Director del Hospital, 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, evalúa mensual y semestralmente, las actividades de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y se toman las medidas de ajuste y control con base a los reportes emitidos.

Estándar indispensable

PCI.3 El programa de 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 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 programa de control de infecciones se basa en el conocimiento científico actual.
2. El programa de control de infecciones se basa en guías de práctica clínica.
3. El programa de 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 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.

Además, el programa de control de infecciones 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 manejo de la información son un recurso importante para respaldar el seguimiento de riesgos, tasas y tendencias en infecciones asociadas a la atención médica. Las funciones de manejo de la información respaldan el análisis, la interpretación y la presentación de conclusiones de los datos; además, los datos y la información se manejan junto a los del programa de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

Elementos medibles de PCI.4

1. El programa de prevención y control de infecciones nosocomiales cuenta con el personal adecuado, conforme a lo dispuesto por los directivos y responsables de áreas del establecimiento, así como por la normatividad correspondiente.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento asignan los insumos adecuados para el programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.
3. Los sistemas de manejo de la información respaldan el programa de control de infecciones. Se asegura el acceso, la disponibilidad y la conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones nosocomiales.

Foco del programa

Estándar

PCI.5 El establecimiento diseña e implementa un programa integral para reducir los riesgos de infecciones asociadas al cuidado de la salud en pacientes y trabajadores (Ver QPS.3.10).

Propósito de PCI.5

Para que el programa de prevención y control de infecciones nosocomiales sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los empleados; por lo tanto, el programa cuenta con un plan que identifica y atiende los problemas de infección que son importantes, desde el punto de vista epidemiológico, para el establecimiento; además, el programa y el plan 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 programa incluye sistemas para controlar infecciones nosocomiales e investigar 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de PCI.5

1. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica en los pacientes.
2. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica en el personal. (Véase también SQE.8.4)
3. El programa incluye actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección.
4. El programa incluye sistemas para investigar brotes de enfermedades infecciosas. (Véase también la Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente 5, ME 1)
5. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el programa.
6. Los objetivos de reducción de riesgos y objetivos medibles se establecen y revisan regularmente.
7. El programa 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 de control de infecciones.

Propósito de PCI.5.1

Las infecciones pueden entrar en el establecimiento a través de los pacientes, las familias, el personal, los voluntarios, los visitantes u otras personas, como por ejemplo: visitantes médicos. Por consiguiente, deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de infecciones todas las áreas del establecimiento donde se encuentren 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 de control de infecciones.
2. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están incluidas en el programa de control de infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están incluidas en el programa de control de infecciones.

Estándar indispensable

PCI.6 La organización establece el foco de atención del programa de prevención y reducción de infecciones nosocomiales.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de PCI.6

Cada establecimiento de atención médica debe identificar las infecciones nosocomiales 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 asociadas al cuidado de la salud. 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 (véase también el Glosario) 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. El establecimiento estableció prioridades de atención del programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones nosocomiales.
2. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como adecuadas para el establecimiento.
3. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como adecuadas para el establecimiento.
4. Los dispositivos invasivos e invasivos intravasculares se incluyen como adecuados para el establecimiento.
5. Las heridas quirúrgicas se incluyen como adecuadas para el establecimiento.
6. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como adecuados para el establecimiento y su comunidad.
7. Las infecciones emergentes o recurrentes se incluyen como adecuadas para el establecimiento y su comunidad.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también MMU.5, ME 1)
2. El establecimiento implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos. (Véase también MMU.5, ME 1)
3. El establecimiento identifica cuáles riesgos (véase también PCI.7.1 hasta PCI.7.5) requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades, para apoyar la reducción de riesgos.

Estándar

PCI.7.1 El establecimiento disminuye 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, la desinfección y la 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 (véase también el Glosario) de la ropa de cama limpia y del riesgo de infección para el personal.

El riesgo de infección aumenta con la reutilización de dispositivos de un solo uso. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos de un solo uso, existe una política del hospital que guía dicha reutilización. La política coincide con la normatividad correspondiente, e incluye la identificación de:

- a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- b) la cantidad máxima de reutilización de dispositivos y materiales que se vuelven a usar;
- c) los tipos de desgaste, quebraduras, etc., que indican que el dispositivo no puede volverse a usar;
- d) los procesos de limpieza de dispositivos, que comienzan inmediatamente después del uso y siguen un protocolo (véase también el Glosario) claro; 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 un servicio central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
2. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de un servicio 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 puntos a) hasta e) del propósito, y se implementa la política.
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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Estándar indispensable

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 desecho contribuye a la reducción del riesgo de infecciones en el establecimiento. Esto es cierto en el caso del desecho de fluidos corporales y materiales contaminados con ellos, el desecho de sangre y hemoderivados y los desperdicios de las áreas de depósito de cadáveres y autopsias, cuando las haya.

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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar indispensable

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 recogen en recipientes especiales para ello, a prueba de perforaciones que no vuelven a usarse.
2. El hospital desecha los objetos punzocortantes y las agujas en forma segura, o contrata a terceros que se aseguran de que sean desechados en vertederos expresamente destinados a desechos peligrosos o mediante un proceso adecuado.
3. El desecho de objetos punzocortantes y agujas cumple con las políticas de control de infecciones del establecimiento.

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, como por ejemplo los sistemas de ventilación positivos, 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 adecuadas del establecimiento.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

PCI.7.5 El establecimiento reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o reforma de sus espacios.

Propósito de PCI.7.5

Al planificar una demolición, una construcción o una reforma, 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 de riesgo para evaluar el impacto de la reforma o la nueva construcción.
2. Se evalúan y manejan los riesgos y el impacto de una demolición, una construcción o una reforma sobre la calidad del aire y las actividades de control de infecciones.

Procedimientos de aislamiento

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 asociadas nosocomiales a las que son extremadamente propensos.

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 individual 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 sea dado de alta.

Elementos medibles de PCI.8

1. Los pacientes con enfermedades contagiosas, 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 contagiosas y del personal que corre más riesgo por causa de inmunodepresión o por otros motivos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Se cuenta con una estrategia para manejar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
4. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Técnicas de barrera e higiene de las manos

Estándar indispensable

PCI.9 El establecimiento proporciona guantes, cubrebocas, protección ocular y demás equipo de protección, lavabos, jabón y desinfectantes a disposición y se usan correctamente cuando es necesario.

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, los publica en los lugares adecuados y el personal recibe capacitación sobre la forma correcta de lavarse las manos, de desinfectarlas o 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 dicha áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta los lineamientos para la higiene de las manos de una fuente de autoridad.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Integración del programa con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente

Estándares

PCI.10 El programa de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud está integrado al programa global del establecimiento para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

PCI.10.1 El establecimiento rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención médica.

PCI.10.2 El control incluye el uso de indicadores relacionados con asuntos de infecciones que son importantes para el establecimiento 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.

PCI.10.4 El establecimiento compara sus tasas de infecciones con las de otras organizaciones, a través de bases de datos comparativas.

PCI.10.5 Los resultados del control de infecciones se comunican regularmente a los directivos y al personal operativo.

PCI.10.6 El establecimiento comunica la información sobre 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.

Elementos medibles de PCI.10

1. Las actividades de control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. (Véase también QPS.11, ME 4)
2. El liderazgo del programa de control de infecciones está incluido en el mecanismo de supervisión del programa de calidad y seguridad del paciente del establecimiento.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

Elementos medibles de PCI.10.2

1. El control de infecciones emplea indicadores.
2. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.

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.

Elementos medibles de PCI.10.4

1. Las tasas de infecciones nosocomiales se comparan con las tasas de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas. (Véase también QPS.4.2, ME 2 y MCI.20.3, ME 3)
2. El establecimiento compara sus tasas con las mejores prácticas (véase también el Glosario) y la evidencia científica.

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 director.

Elementos medibles de PCI.10.6

1. Los resultados del programa de control de infecciones se informan a la autoridad correspondiente. (Véase también MCI.20.1)
2. El establecimiento toma las debidas acciones en cuanto a medidas provenientes de la autoridad correspondiente.

Educación del personal acerca del programa

Estándar indispensable

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también QPS.7)

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. (Véase también QPS.7 y GLD.5.4)
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.
7. Se exhorta a los pacientes y familiares a participar en el programa de prevención y control de infecciones.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

Perspectiva general

Brindar una excelente atención 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 y eficiente 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, incluso las diseñadas para mejorar la atención al paciente y los servicios clínicos.

El liderazgo efectivo comienza con la comprensión de las varias 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 se 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 (véase también el Glosario).

Gobierno del establecimiento

Estándar indispensable

GLD.1 Las responsabilidades del cuerpo de gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.

Propósito de GLD.1

Existe un procedimiento que describe el modo en que se evaluará al equipo directivo y su desempeño contra los criterios específicos del establecimiento. La estructura directiva del establecimiento se representa o exhibe en un organigrama u otro documento que muestre las líneas de autoridad y responsabilidad. Las personas representadas en el organigrama se identifican por cargo o por nombre.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de GLD.1

1. La estructura directiva del establecimiento se describe en documentos escritos.
2. En los documentos se describen las responsabilidades de los directivos.
3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño de los directivos.
4. Se realizó y documentó una evaluación de desempeño directivo.
5. Existe un organigrama o un manual de organización.
6. Los responsables de dirigir y administrar están identificados por cargo o por nombre.

Estándares

GLD.1.1 Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban y hacen pública la declaración de la misión, visión y valores del hospital.

GLD.1.2 El cuerpo de gobierno aprueba las políticas y planes para hacer funcionar el hospital.

GLD.1.3 El cuerpo de gobierno aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión del establecimiento.

Indispensable- GLD.1.4 El cuerpo de gobierno nombra al o a los gerentes generales o directores del establecimiento.

GLD.1.5 El cuerpo de gobierno colabora con los directivos y responsables de áreas del establecimiento.

GLD.1.6 El cuerpo de gobierno aprueba el plan 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

Los cargos o la ubicación de la estructura directiva son tan importantes como las responsabilidades que deben cumplir a fin de que el establecimiento posea un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios de atención médica de buena calidad. Estas 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 varios planes estratégicos, de gestión, 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;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- la aprobación de programas de capacitación y educación médica continua y 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.

La identificación del personal en un organigrama (véase también el Glosario) no asegura la buena comunicación y cooperación entre quienes rigen y administran el establecimiento. Esto es especialmente cierto cuando la estructura directiva está separada del establecimiento, como por ejemplo un propietario distante o una autoridad de salud regional o nacional. Por consiguiente, los responsables del cuerpo de gobierno elaboran un proceso para comunicarse y cooperar con los directores del establecimiento, a fin de cumplir con la misión y los planes del mismo.

Elementos medibles de GLD.1.1

1. Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban la misión del establecimiento.
2. Los responsables del cuerpo de gobierno garantizan la revisión periódica de la misión del establecimiento y la hacen pública.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de GLD.1.2

1. Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban los planes estratégico y 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 cuerpo de gobierno.
3. Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban programas de capacitación, educación médica continua e investigaciones;

Elementos medibles de GLD.1.3

1. Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban el capital y el o los presupuestos para el funcionamiento del establecimiento.
2. Los responsables del cuerpo de gobierno asignan los recursos necesarios para cumplir con la misión del establecimiento.

Elementos medibles de GLD.1.4

1. Los responsables del cuerpo de gobierno nombran al director general del establecimiento.
2. Los responsables del cuerpo de gobierno evalúan el desempeño del gerente general del establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de GLD.1.5

1. Los responsables del cuerpo de gobierno emplean procesos que propician y respaldan la comunicación entre el gobierno y el director.
2. Los responsables del gobierno emplean procesos que propician y respaldan la cooperación entre el cuerpo gobierno y el director.

Elementos medibles de GLD.1.6

1. Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban el plan del establecimiento para la calidad y la seguridad del paciente. (Véase también la intención de QPS.1).
2. Los responsables del cuerpo de gobierno reciben regularmente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente, y toman medidas basándose en los mismos. (Véase también QPS.1.4, ME 2)

Liderazgo del establecimiento

Estándar indispensable

GLD.2 Un director general o director es responsable de hacer funcionar al establecimiento y cumplir con las leyes, reglamentos y normatividad vigente que le apliquen.

Propósito de GLD.2

El liderazgo efectivo es fundamental para que un establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) pueda funcionar de manera eficiente y cumplir con su misión y visión. El liderazgo es la capacidad de influencia y conducción que las personas, juntas e individualmente, brindan a la organización. El director es responsable del funcionamiento general y cotidiano del establecimiento, esto incluye la responsabilidad en la adquisición y realización del inventario de los suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación, la administración de finanzas y la gestión de calidad, esta persona cuenta con la capacitación, educación y experiencia para hacerlo.

El director coopera con los responsables de las áreas del establecimiento para definir la misión y para planificar las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a tal misión, una vez aprobada, el director es responsable de la implementación de todas y de asegurar que el personal las cumpla. El director 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 maneja el funcionamiento diario de la operación.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El director posee la capacitación en administración de servicios de salud, así como la educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades.
3. El director recomienda políticas al cuerpo de gobierno.
4. El director asegura el cumplimiento de las políticas aprobadas.
5. El director asegura el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes. (Véase también ACC.6, ME 1 y 2)
6. El director responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos (Véase también MMU.2.2, ME 1)

Estándar

GLD.3 Los diferentes responsables de áreas del establecimiento están identificados y son responsables, colectivamente, de la definición de la misión y visión y de la creación de los planes y políticas necesarias para cumplirlas.

Propósito de GLD.3

Los líderes en un establecimiento de atención médica surgen de muchas fuentes. El cuerpo de gobierno nombra al director. Los líderes podrán tener cargos formales, como Director Médico o Jefa de Enfermería, o ser reconocidos de manera informal 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. (Véase también ACC.1, ME 2 y 3)

Elementos medibles de GLD.3

1. Los responsables de las áreas del establecimiento están formal o informalmente identificados.
2. Los responsables de las áreas son responsables, en forma colectiva, de la definición de la misión del establecimiento.
3. Los responsables de las áreas son responsables, en forma colectiva, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
4. Los responsables de las áreas trabajan en colaboración para llevar a cabo la misión del establecimiento y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos.

Estándar

GLD.3.1 Los directivos y responsables de áreas del establecimiento hacen planes junto con los líderes de la comunidad y de otras organizaciones para cubrir las necesidades de atención médica de la comunidad.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de GLD.3.1

La misión de un establecimiento, por lo general, refleja las necesidades de los pacientes dentro de áreas geográficas o políticas más generales. Las necesidades de los pacientes suelen cambiar con el tiempo y, por consiguiente, es preciso que los establecimientos de atención médica 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 directivos del establecimiento se reúnan con líderes reconocidos de la comunidad y de otros establecimientos para elaborar planes en conjunto. Los directivos hacen planes en pro de una comunidad más saludable, reconocen ser responsables de ella y del impacto que le causen, incluso si no existieran tales planes. (Véase también MCI.1.1, ME 3)

Elementos medibles de GLD.3.1

1. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento hacen planes con líderes reconocidos de la comunidad.
2. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento hacen planes con los líderes de otras organizaciones de atención de su comunidad. (Véase también PFE.3, ME 2 y 3)
3. Los directivos y responsables de áreas del establecimiento toman en cuenta las aportaciones de los individuos y grupos asociados de su comunidad, 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 directivos y responsables de áreas 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 intensidad 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación anteceda su uso y en todos los casos se aplique el consentimiento informado 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. (Véase también ACC.1, ME 2)
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 de revisión y aprobación de los procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados experimentales, previos a la utilización de los mismos en la atención al paciente.

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 ven significativamente reducidos cuando se utiliza el equipo adecuado y existe un buen funcionamiento para proporcionar los servicios planificados. 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 fuentes de autoridad.

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 suministrar los servicios planificados. (Véase también MMU.2.2, ME 1)
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado. (Véase también MMU.2.2, ME 2)
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados. (Véase también ASC.3, Propósito y ME 1)

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar indispensable

GLD.3.3 Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los contratos de servicios subrogados.

Propósito de GLD.3.3

Con frecuencia los establecimientos tienen la opción de prestar servicios médicos directamente o referirlos a través de contratos subrogados u otros acuerdos, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico, limpieza, vigilancia y cocina, en cuyo caso, debe existir una supervisión por parte de los directivos, 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.

Los directivos y responsables de áreas o servicios proporcionan la supervisión primaria de los contratos, para lo cual reciben informes de calidad de servicios contratados (o 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. (Véase también ACC.4.1, ME 2)

Elementos medibles de GLD.3.3

1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte del director. (Véase también AOP.5.8 y AOP.6.9)
2. Los servicios prestados en virtud de contratos y otros acuerdos cubren las necesidades de los pacientes.
3. Los contratos y demás acuerdos se controlan como parte del programa de gestión y mejora de la calidad y seguridad del establecimiento, según corresponda a la naturaleza del contrato o acuerdo. (Véase también AOP.5.8, ME 6)
4. Los directivos y responsables de áreas reciben informes de calidad de los servicios contratados y toman medidas basándose en los mismos. (Véase también AOP.5.8, ME 5)
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 indispensable

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 con el tiempo, aplicando principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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. (Véase también QPS.1.1, ME 1 y 4)
3. El desempeño profesional se controla como parte del control clínico. (Véase también SQE.11, SQE.14 y SQE.17)

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. El programa de reclutamiento del establecimiento tiene en cuenta los lineamientos publicados, tales como los de la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Asociación Médica Mundial.

Elementos medibles de GLD.3.5

1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal. (Véase también SQE.2, ME 1)
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. (Véase también SQE.8)
4. La planificación se hace en colaboración, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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, o de manera informal. En general, la o las estructuras escogidas:

- incluyen todo el personal clínico relevante;
- coinciden con la misión y la estructura del establecimiento;
- son adecuadas para la complejidad y el volumen del personal profesional del establecimiento; y
- son eficientes para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos medibles de GLD.4

1. Existen una o más estructuras organizacionales efectivas empleadas por los líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La o las estructuras son adecuadas para el tamaño y la complejidad del establecimiento.
3. La o las estructuras y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La o las estructuras y procesos organizacionales respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
5. La o las estructuras y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
6. La o las estructuras y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Dirección de departamentos y servicios

Estándar

GLD.5 Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio del establecimiento.

Propósito

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 dividido, en cuyo caso las responsabilidades se definen por escrito. (Véase también ACC.6.1, ME 1; ASC.2, ME 1; AOP.5.9 relacionada con la dirección de servicios de laboratorio clínico; AOP.6.7 relacionada con la dirección de servicios de radiología y diagnóstico por imagen; MMU.1.1 relacionada con la dirección de la farmacia o servicios farmacéuticos, y ASC.2 relacionada con la dirección de los servicios de anestesia)

Elementos medibles

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio del establecimiento. (Véase también AOP.5.8, ME 1; AOP.6.7, ME 1; MMU.1.1, ME 1)
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades y nombramiento de cada una.

Estándares

GLD.5.1 Los responsables de cada área clínica identifican, por escrito, los servicios que proporcionará su área.

GLD.5.1.1 Se coordinan e integran los servicios, dentro de la misma área o con otras áreas.

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, existe la integración de los servicios médicos y de enfermería. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otras áreas y servicios, con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de conservar recursos.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 se ocupan del conocimiento y las destrezas del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

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 de que el personal, el espacio, el equipo y demás recursos adecuados estén disponibles para cumplir con las necesidades de los pacientes en todo momento. 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 directores trabajen también con Recursos Humanos u otros departamentos en el proceso de selección, basándose en la recomendación del director general.

Elementos medibles de GLD.5.3

1. El responsable de cada área o servicio elabora criterios relacionados con la educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarias 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 (véase también el Glosario) 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. (Véase también SQE.7; AOP.5.1, ME 5; AOP.6.2, ME 6 y PCI.11, ME 4)

Elementos medibles de GLD.5.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción. (Véase también SQE.7)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa. (Véase también SQE.7)

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 de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento dentro de su ámbito de competencia. Dicha implementación está influenciada 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 (véase también el Glosario) y la rentabilidad de los servicios prestados; y
- d) el control de los servicios prestados, en virtud de acuerdos contractuales. (Véase también GLD.3.3)

Los responsables de cada área o servicio se aseguran de que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente incluye, con el tiempo, todos los servicios prestados. Los datos de control y la información son importantes para los esfuerzos de mejora del servicio y para el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento. (Véase también ASC.2, ME 7)

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 criterios a) hasta d) del propósito, según sea adecuado para el área o servicio.
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 programas de control de calidad, cuando se indique.
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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Ética del establecimiento

Estándares

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.

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.

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 posee una responsabilidad ética y legal para con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los directivos entienden estas responsabilidades cuando solicitan participar en las actividades médicas del establecimiento, 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 (véase también el Glosario) 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 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.

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de GLD.6.1

1. El establecimiento divulga quién o quiénes son sus propietarios. (Véase también AOP.5.1, ME 5 y AOP.6.1)
2. El establecimiento describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. El establecimiento ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta. (Véase también ACC.1.1, ME 2; ACC.3, ME 2 y ACC.4, ME 4)
4. El establecimiento factura sus servicios con precisión.
5. El establecimiento divulga y resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago comprometen la atención del paciente.

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.

Gestión y seguridad de la instalación (FMS)

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, el director debe esforzarse para:

- 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 (véase también el Glosario) e informar situaciones que representan 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 peligrosos — la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radiactivos u otros están controlados, los 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 (véase también el Glosario).
6. Sistemas de servicios básicos — los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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, en forma proactiva e implementan estrategias para reducir los riesgos y mejorar el entorno de atención al paciente.

Liderazgo y planificación

Estándar indispensable

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 de la instalación, y de otros factores, por ejemplo, códigos de construcción de edificios, códigos de seguridad contra incendios, sistemas de rociadores (sólo se aplican a construcciones nuevas).

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 (véase también el Glosario) 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Los directores aseguran que el establecimiento cumpla con las condiciones referidas en los informes de las inspecciones de la instalación.

Estándar

FMS.2 El establecimiento elabora y mantiene un plan o planes por escrito que describen 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 maestro y programas que incluyen, según sea adecuado para el establecimiento:

- 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 peligrosos — la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radiactivos u otros están controlados; los 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 (véase también el Glosario).
- f) Sistemas de servicios básicos — los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.
- g) El programa se elabora con base en el mapa de riesgos específico 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 escritos que se ocupa de las áreas de riesgo a) hasta g) del propósito.
2. El plan está vigente o actualizado.
3. El plan está plenamente implementado.
4. El establecimiento cuenta con un proceso para revisar y actualizar periódicamente el plan, en forma anual.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándares

FMS.3 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

FMS.3.1 Un programa de control proporciona información sobre los incidentes, lesiones y demás eventos que respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Propósito de FMS.3 y FMS.3.1

El programa de manejo de riesgos (véase también el Glosario) 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 que sea la tarea, 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.

El control de todos los aspectos del programa brinda datos valiosos para mejorarlo y para reducir aún más los riesgos dentro del establecimiento.

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 elementos a) hasta g) del propósito.

Elementos medibles de FMS.3.1

1. Existe un programa para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación.
2. Se utilizan los datos de control para mejorar continuamente el programa.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Seguridad y protección

Estándares

FMS.4 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Indispensable 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.

Indispensable. 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 (véase también AOP.5.1, ME 1 y AOP.6.2, ME 1). La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación segura. A fin de planificar de manera efectiva, el establecimiento 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 períodos 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también AOP.5.2, ME 1 y 2 y AOP.6.2, ME 2)
3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. (Véase también la Meta Internacional para la Seguridad del Paciente 6, ME 1)
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.

Elementos medibles de FMS.4.1

1. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
2. El establecimiento tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.
3. El establecimiento está avanzando en cuanto a la realización del plan.

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 necesarios para la operación continua de una instalación segura y efectiva. (Véase ACC.6.1, ME 5)

Materiales peligrosos

Estándar indispensable

FMS.5 El establecimiento cuenta con un plan para el inventario, manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos, así como para el control y desecho de materiales peligrosos y desperdicios (Ver PCI.7.2).

Propósito de FMS.5

El establecimiento identifica y controla en forma segura los materiales y residuos peligrosos biológico infecciosos o RPBI (véase también el Glosario; AOP.5.1, ME 1 y AOP.6.2, ME 1) conforme a un plan. Dichos materiales y desechos incluyen productos químicos, agentes de quimioterapia, materiales y desechos radiactivos,

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

gases y vapores peligrosos, y demás residuos médicos e infecciosos reglamentados. El plan prevé procesos para

- el inventario de materiales y desechos peligrosos;
- la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales peligrosos;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
- el desecho adecuado de desperdicios peligrosos;
- el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición;
- la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y
- el etiquetado adecuado de materiales y desechos peligrosos.

Elementos medibles de FMS.5

1. El establecimiento identifica materiales y RPBI, y posee una lista actualizada de todos esos materiales dentro del establecimiento. (Véase también AOP.5.5, ME 1 y AOP.6.6, ME 1)
2. El plan incluye el manejo, almacenamiento y uso seguros. (Véase también AOP.5.1, ME 3 y AOP.6.2, ME 4)
3. El plan incluye la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes.
4. El plan incluye el debido manejo de los desechos dentro del establecimiento, y el desecho de desperdicios peligrosos de manera segura y conforme a la normatividad vigente. (Véase también AOP.6.2, ME 4)
5. El plan incluye el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición. (Véase también AOP.5.1, ME 4 y AOP.6.2, ME 5)
6. El plan identifica los requisitos de documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario.
7. El plan incluye el etiquetado de materiales y RPBI. (Véase también AOP.5.5, ME 5)

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Manejo de emergencias

Estándares

FMS.6 El establecimiento elabora y mantiene un plan y un programa de manejo de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

FMS.6.1 El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Propósito de FMS.6 y FMS.6.1

Las emergencias (véase también el Glosario), las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente al establecimiento, como 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 y un programa para manejar tales emergencias. El plan 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 alternativas;
- 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) coordinar acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El plan se prueba al menos una vez por año, como parte del plan ampliado de la comunidad o del propio plan del establecimiento. El simulacro es adecuado para los eventos probables. Si el establecimiento sufre un desastre real, activa su plan y posteriormente rinde los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Elementos medibles de FMS.6

1. El establecimiento tiene identificados los principales desastres internos y externos; así como las principales epidemias que tienen amplias probabilidades de ocurrir.
2. El establecimiento planifica su respuesta a probables desastres incluidos los puntos a) hasta g) del propósito.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Elementos medibles de FMS.6.1

1. El plan 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

Estándares indispensables

FMS.7 El establecimiento planifica e implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

FMS.7.1 El plan incluye prevención, detección temprana, extinción, aplacamiento y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

FMS.7.2 El establecimiento realiza regularmente pruebas de su plan 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 prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables, incluidos gases médicos inflamables como el oxígeno;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- medios seguros y despejados para salir en caso de incendio;
- sistemas de detección temprana, como detectores de humo o alarmas contra incendio; y
- mecanismos de extinción, tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores.

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 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 plan para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el plan 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Se documentan todas las inspecciones, pruebas e instancias de mantenimiento.

Elementos medibles de FMS.7

1. El establecimiento elabora un programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.
2. El 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.

Elementos medibles de FMS.7.1

1. El programa incluye la reducción de riesgos de incendio.
2. El programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro del establecimiento o junto al mismo.
3. El programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
4. El programa incluye la extinción del fuego y el humo.
5. El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

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 plan 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 plan de seguridad contra incendios y humo. (Véase también FMS.11.1, ME 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 plan 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 plan 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 plan implementados para eliminar el tabaquismo.
2. El plan se aplica a pacientes, familias, visitantes y personal.
3. Existe un proceso para hacer excepciones al plan para algunos pacientes.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Equipo médico

Estándares indispensables

FMS.8 El establecimiento planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

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.

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 un mantenimiento preventivo.

Existe personal calificado (véase también el Glosario) 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.

Elementos medibles de FMS.8

1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento, conforme a un plan. (Véase también AOP.5.4, ME 1 y AOP.6.5, ME 1)
2. Existe un inventario de todo el equipo médico. (Véase también AOP.5.5, ME 3 y AOP.6.5, ME 3)
3. El equipo médico se inspecciona regularmente. (Véase también AOP.5.4, ME 4 y AOP.6.5, ME 4)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según sea adecuado a partir de entonces. (Véase también AOP.5.5, ME 5 y AOP.6.5, ME 5)
5. Existe un programa de mantenimiento preventivo. (Véase también AOP.5.4, ME 6 y AOP.6.5, ME 6)
6. Existe personal calificado que presta estos servicios.

Elementos medibles de FMS.8.1

1. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del equipo médico. (Véase también AOP.5.5, ME 7 y AOP.6.5, ME 7)
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 indispensable

FMS.9 Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternativas, 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 alternativas.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

Estándares indispensables

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.

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 (véase también el Glosario).

A fin de prepararse para tales emergencias, el establecimiento:

- identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones 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 urgencia 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.

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 alternativas de electricidad y agua para emergencias.

Elementos medibles de FMS.9.2

1. El establecimiento realiza periódicamente pruebas de fuentes alternativas de agua y electricidad.
2. El establecimiento documenta los resultados de dichas pruebas.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándares

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.

FMS.10.1 El personal o autoridades designadas controlan periódicamente la calidad del agua.

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.

Propósito de FMS.10 hasta FMS.10.2

El funcionamiento seguro, efectivo y eficiente 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. A fin de evitar estos y otros peligros, el establecimiento cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar un mantenimiento preventivo y de otro tipo. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos (por ejemplo, interruptores) de los sistemas. 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 es necesario, como por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar de repente por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas al establecimiento, como 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, como 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, como por ejemplo personal del laboratorio clínico o autoridades de salud pública, ajenas al establecimiento, que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas. Es responsabilidad del establecimiento asegurarse de que las pruebas se completen según los requisitos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

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.

Elementos medibles de FMS.10.1

1. La calidad del agua se controla periódicamente.
2. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.

Elementos medibles de FMS.10.2

1. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión de los servicios médicos básicos.
2. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Educación del personal

Estándares

FMS.11 El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

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.

FMS.11.2 El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

reducción de riesgos, protección de los demás y de sí mismos, y creación de una instalación segura y protegida. (Véase también FMS.7.2, ME 3)

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 entendida.

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, respuestas 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, como por ejemplo demostraciones individuales o grupales, la realización de simulacros tales como una epidemia en la comunidad, el empleo de pruebas escritas o por computador u otros medios adecuados al conocimiento que se está probando. El establecimiento documenta quiénes fueron sometidos a pruebas y los resultados de las mismas.

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. (Véase también AOP.5.1, ME 5 y AOP.6.2, ME 6)
2. La educación incluye a los visitantes, vendedores, trabajadores contratados y demás personas, según sea adecuado para el establecimiento y para los múltiples turnos del personal.

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 gases médicos, residuos y materiales peligrosos y en emergencias relacionadas.
4. El personal puede describir y/o demostrar procedimientos y su rol en emergencias y desastres, tanto a nivel interno como comunitario.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

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 (SQE)

Perspectiva general

Un establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) necesita de personal capaz 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 (véase también el Glosario), evaluación 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.

Planificación

Estándar indispensable

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; y
- la tecnología usada en la atención al paciente.

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 actual.

Propósito de SQE.1.1

Las responsabilidades de los trabajadores que no estén habilitados para el ejercicio independiente estarán definidas en una descripción del puesto (véase también el Glosario) 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, donde las responsabilidades se identifican en una descripción del puesto;
- b) La persona tiene algunas responsabilidades clínicas para las que no tiene autorización para ejercer independientemente, como un facultativo 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.)

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de SQE.1.1

1. Cada trabajador al que no se le permite el ejercicio independiente tiene una descripción del puesto. (Véase también AOP.3, ME 5)
2. Las personas identificadas en a) a d) en el propósito, 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.
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, evaluar, designar al personal y otros procedimientos relacionados.

Propósito de SQE.2

El establecimiento ofrece un proceso eficiente, coordinado o centralizado para:

- reclutar personal para los cargos disponibles;
- evaluar la capacitación, aptitudes y conocimiento de los candidatos; y
- designar personal del establecimiento.

Los jefes de servicio 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 capítulo complementan los estándares de Gobierno, liderazgo y dirección.

Elementos medibles de SQE.2

1. Existe un proceso para reclutar personal. (Véase también GLD.3.5, ME 1)
2. Existe un proceso para evaluar las competencias del personal nuevo.
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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 período 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, dicha evaluación, 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. (Véase también COP.6, ME 4)
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.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también AOP.5.2, ME 2 y 3, y AOP.6.3, ME 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 indispensable

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 registros 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 registros 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 archivos del personal contienen las competencias.
3. Los archivos del personal contienen la descripción del puesto, cuando corresponda.
4. Los archivos del personal contienen el historial laboral.
5. Los archivos del personal contienen los resultados de las evaluaciones.
6. Los archivos del personal contienen un registro de la educación que se le ha brindado dentro del servicio.
7. Los archivos del personal están estandarizados y se mantienen actualizados.

Estándares

SQE.6 El establecimiento cuenta con un plan de asignación de personal a las diferentes áreas y servicios, basado en una metodología.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

SQE.6.1 El plan 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 los niveles 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 plan está por escrito e identifica la cantidad, tipos necesarios de personal, aptitudes, conocimientos y demás requisitos necesarios para cada área y servicio. El plan 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 (por ejemplo, de un médico a una enfermera) cuando la responsabilidad se encuentre fuera del área de responsabilidad normal de dicha persona.

La asignación planificada y realizada de personal se controla (véase también el Glosario) permanentemente, y el plan 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 plan general.

Elementos medibles de SQE.6

1. Existe un plan escrito para la asignación de personal.
2. Los directores y responsables de área crearon el plan en colaboración.
3. La cantidad, tipos y competencias deseadas para el personal se identifican en el plan mediante un método reconocido de asignación de personal.
4. El plan trata la asignación y reasignación del personal.
5. El plan trata el traspaso de responsabilidad de una persona a otra.

Elementos medibles de SQE.6.1

1. La efectividad del plan de asignación de personal se controla permanentemente.
2. El plan se revisa y actualiza cuando sea necesario.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Orientación y educación

Estándar indispensable

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 a 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 la denuncia de errores médicos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas del establecimiento relativas a las órdenes de medicamento por teléfono, y demás, según corresponda. (Véase también GLD.5.4, ME 1 y 2, y PCI.11, ME 4)

Los trabajadores contratados (véase también “servicios contratados” en el Glosario) 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 asociadas al cuidado de la salud.

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 contratados 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 (véase también el Glosario) de control del programa de gestión de la instalación, la introducción de

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

nueva tecnología, las aptitudes y conocimientos identificados en la revisión del desempeño laboral, los nuevos procedimientos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios y el tema de no discriminación, representan dichas fuentes de datos. El establecimiento tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las fuentes para planificar 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. (Véase también GLD.3.5, ME 3)

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 el avance continuo 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.

Además, cada 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.

Elementos medibles de SQE.8

1. 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.
2. Los programas educativos se planifican según estos datos e información.
3. El personal del establecimiento recibe educación y capacitación permanentes dentro del servicio. (Véase también AOP.5.1, ME 6 y AOP.6.2, ME 7)
4. La educación es pertinente para la capacidad del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de educación continua.

Estándar indispensable

SQE.8.1 El personal que brinda atención al paciente, así como los demás miembros que el establecimiento 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 al personal que brinda atención al paciente y demás personal para recibir capacitación en reanimación cardiopulmonar.
2. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
3. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
4. 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 en un lugar centralizado o en varios centros más pequeños de aprendizaje y desarrollo de aptitudes en toda la instalación. La educación se puede ofrecer una vez para todos o repetirse para el personal, según el turno para minimizar el impacto en las actividades de 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.

Propósito de SQE.8.3

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

A menudo, los establecimientos de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, personal de enfermería, estudiantes y demás. Cuando participa en dichos programas de formación, el establecimiento:

- proporciona 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, habilitación (véase también el Glosario) o certificaciones (véase también el Glosario) 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.

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.
- **Ver parte 2 Estándares Nacionales**

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 (véase también el Glosario),

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

además de otros factores en su conjunto, determinan la salud y el bienestar del personal. (Véase también PCI.5.1, ME 2)

El programa de salud y seguridad del personal se puede ubicar dentro del establecimiento o se puede integrar con programas externos. 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.

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. Los directores, responsables de área y el personal del establecimiento planifican el programa de salud y seguridad.
2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante atención directa y/o derivaciones. (Véase también el Glosario)
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. (Véase también PCI.5, ME 2).

Personal médico

Estándar indispensable

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 (véase también el Glosario) 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 y Certificación vigente por el Consejo de la especialidad correspondiente, así como la prueba de finalización de educación de posgrado.

El establecimiento debe hacer todo lo posible para verificar la información esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y en el pasado. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica, por escrito, y de terceros, como un organismo gubernamental designado.

Las siguientes situaciones se consideran sustitutos aceptables para un establecimiento que realice una verificación de la fuente original (véase también el Glosario) de las competencias:

1. Correspondiente a hospitales supervisados directamente por organismos gubernamentales, el proceso de verificación del gobierno, apoyado por la disponibilidad de reglamentaciones gubernamentales transparentes sobre la verificación de la fuente original, además de habilitaciones del gobierno y el otorgamiento de status específicos (por ejemplo, asesor, especialista, etc.) aceptables.
2. Correspondiente a todos los hospitales, la existencia de un hospital afiliado que ya haya realizado la verificación de la fuente original del candidato, esta verificación se acepta siempre y cuando el hospital tenga la certificación del Consejo de Salubridad General vigente, con “cumplimiento absoluto” de su proceso de verificación que se encuentra en SQE.9, ME 2.
3. Correspondiente a todos los hospitales, un tercero independiente, como por ejemplo un organismo oficial designado, gubernamental o no, para verificar las competencias, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: Un hospital que fundamente parte de su decisión en la información ofrecida por un organismo oficial designado, gubernamental o no, debe tener confianza en la información precisa y oportuna. Para lograr este nivel de confianza en la información, el hospital debe evaluar al organismo que brinda la información inicial y periódicamente, según corresponda. Los principios que guían dicha evaluación incluyen:
 - El organismo le hace saber al establecimiento qué datos e información le puede proporcionar.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- El organismo le proporciona al establecimiento documentación donde se describen los procesos de recolección de datos, información, desarrollo y verificación.
- El establecimiento y el organismo acuerdan el formato para la transmisión de la información sobre las competencias de la persona desde el organismo.
- El establecimiento puede distinguir fácilmente cuál información que transmitió el organismo proviene de una fuente original y cuál no.
- Cuando el organismo transmite información que pueda perder vigencia, le proporciona la fecha de la última actualización de la información de la fuente original.
- El organismo certifica que la información transmitida es auténtica.
- El establecimiento puede distinguir si la información transmitida por el organismo desde una fuente original es toda la información de la fuente original y, si no lo es, dónde se puede obtener información adicional.
- Cuando sea necesario, el establecimiento podrá participar en los procesos de control de calidad del organismo para resolver inquietudes sobre los errores de transmisión, incoherencias u otros problemas con los datos que puedan aparecer en algún momento.
- El establecimiento tiene un acuerdo formal con el organismo para la comunicación de los cambios en la información sobre la expedición de calificaciones (véase también el Glosario).

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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

SQE.10 El establecimiento tiene un procedimiento objetivo, 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.

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” (véase también el Glosario), 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.

1. El establecimiento elige un proceso estandarizado para identificar los servicios clínicos que puede realizar cada médico. En el nombramiento inicial que otorga el establecimiento, 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.
2. Para la ratificación del nombramiento (cada tres años) 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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.

Existe un objetivo y un procedimiento estandarizado basado en la evidencia (véase también el Glosario) 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 redeterminados, 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.

Elementos medibles de SQE.10

1. Existe un procedimiento estandarizado para otorgar privilegios a los facultativos en el nombramiento inicial y en la ratificación del nombramiento. (Véase también AOP.3, ME 5 y MMU.4.2, ME 2)
2. El procedimiento se documenta en políticas, se sigue y se puede demostrar cómo se tomaron las decisiones para otorgar privilegios.
3. El procedimiento tiene en cuenta las fuentes de información, según se identifican en el propósito y la revisión anual del desempeño del facultativo.
4. Los privilegios para los que cada miembro del personal médico tiene autorización se dan a conocer al personal y servicios del establecimiento; se actualizan según corresponda.

Estándar indispensable

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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

área. Dicha revisión permite que el establecimiento identifique las tendencias del ejercicio profesional que tienen un impacto en la calidad de la atención (véase también el Glosario) 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 (véase también el Glosario).
- 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 período 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. (Véase también QPS.1.1, ME 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Personal de enfermería

Estándar indispensable

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 esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y en el pasado. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica, por escrito, y de terceros, como un organismo gubernamental designado.

Las siguientes situaciones se consideran sustitutos aceptables para un establecimiento que realice una verificación de la fuente original de las calificaciones de una enfermera. 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 indispensable

SQE.13 El establecimiento tiene un procedimiento 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. (Véase también MMU.6, ME 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

SQE.14 El establecimiento tiene un procedimiento 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 privilegios se documentan en el expediente del personal de enfermería o en otro archivo.

Elementos medibles de SQE.14

1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento.(Véase también QPS.1.1, ME 1)
2. El desempeño individual de enfermería se revisa cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad.
3. Los resultados del proceso de revisión se documentan en el expediente del personal de enfermería.

Otros profesionales de la salud

Estándar indispensable

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, asistentes quirúrgicos, especialistas en cuidados de urgencia, farmacéuticos y técnicos en farmacia o aquellas personas que se considera que prestan servicios complementarios a la medicina u ofrecen servicios alternativos (por ejemplo, acupuntura, herbolaria). A menudo, estas personas no ejercen realmente en el establecimiento, sino que hacen derivaciones al establecimiento u ofrecen atención continua o de seguimiento para los pacientes de la comunidad. 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y en el pasado. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica, por escrito, y de terceros, como un organismo gubernamental designado.

Las situaciones descritas para el personal médico en el propósito de SQE.9 se consideran sustitutos aceptables para una organización que realiza una verificación de la fuente original de las calificaciones de los otros profesionales de la salud.

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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 registro sobre estos profesionales de la salud.
5. El registro contiene copias de la habilitación, certificación o registros necesarios.

Estándares

Indispensable. 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.

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), si la hubiera, para estos profesionales.

Estos profesionales de la salud están incluidos en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento.

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.

Elementos medibles de SQE.17

1. Los “otros profesionales de la salud” participan en las actividades de mejora de la calidad del establecimiento. (Véase también QPS.1.1, ME 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.
3. Los resultados del proceso de revisión se documenta en el archivo del profesional de la salud.

Manejo de la comunicación y la información (MCI)

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 establecimientos de atención médica se confía en la información sobre las ciencias de la salud, la que brindan los pacientes, la que se deriva de la atención prestada y de sus resultados y 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 (véase también el Glosario) 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 (véase también el Glosario) e información;
- 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 (véase también el Glosario), los principios de buen manejo de la información (véase también el Glosario) 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 futuras.

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 definen los grupos comunitarios y los grupos de población que reciben sus servicios, por lo que planifican la

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

comunicación permanente con dichos grupos clave. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de: los medios de comunicación públicos, a través 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 fuentes de derivación (véase también el Glosario).

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. (Véase también GLD.3.1)
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 su atención y sus servicios, y cómo acceder a los mismos.

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 también sobre cómo acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y el establecimiento. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento de satisfacer dichas expectativas. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención necesaria está más allá de la misión de la organización (véase también “declaración de la misión” en el Glosario) y de sus capacidades. (Véase también ACC.1.2, ME 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. (Véase también ACC.1.2, ME 2)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento. (Véase también ACC.1.2, ME 2)
3. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la 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 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 y al 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 orales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, etc., por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia (véase también el Glosario) 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. (Véase también ACC.1.3; PFE.3, ME 1; PFE.5, ME 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 idioma comprensible.

Ver parte 2 Estándares Nacionales

Comunicación entre prestadores, 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 atañe al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 organizaciones externas, 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. (Véase también ACC.2, ME 1 y MMU.5.1, ME 1)
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento, entre sus profesionales, áreas y servicios. (Véase también ACC.2, ME 1)
3. Se da una comunicación efectiva con las organizaciones externas. (Véase también ACC.3.1, ME 2 y 3; y MMU.5.1, ME 1)
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares. (Véase también ACC.2, ME 4)
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 afiches) 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 y eficiente, tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos. (Véase también ACC.2.1, ME 1)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

2. Los directores y responsables de áreas fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

Estándar

MCI.6 La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los prestadores médicos, 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 orales, 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.

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. (Véase también AOP.1.4, ME 3)
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 del paciente 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 (véase también el Glosario) de la información del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de MCI.7

1. La política determina qué prestadores tienen acceso al expediente clínico del paciente.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores. (Véase también AOP.1.5, ME 2)
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 transferidos (véase también el Glosario) a distintas áreas del establecimiento durante su atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a una transferencia, la continuidad de la atención al paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiera junto al mismo. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones, y el estado del paciente se puede controlar (véase también el Glosario) debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se transfiere el expediente clínico del paciente o se elabora un resumen de la información clínica en el momento de la transferencia. 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 de la transferencia.

Elementos medibles de MCI.8

1. El expediente clínico del paciente o un resumen de su información de 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 (véase también el Glosario) 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.

La planificación para 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. En el proceso de planificación se tienen en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
2. En el proceso de planificación se tienen en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
3. En el proceso de planificación se tienen 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 indispensable

MCI.10 Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información (Véase también PFR.1.6).

Propósito de MCI.10

El establecimiento mantiene la privacidad y 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

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

privacidad y 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 de la privacidad y 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. (Véase también PFR.1.6, Propósito)

Estándar indispensable

MCI.11 Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Propósito de MCI.11

Las políticas y procedimientos se ocupan de los procedimientos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información clasificada. El acceso a las distintas categorías 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 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 (véase también el Glosario) 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 escrita que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.
2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 coincide con la confidencialidad y seguridad de dicha información. Cuando el período de retención se completa, se destruyen debidamente los registros 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 de pacientes y demás datos e información. □
2. El proceso de conservación y retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
3. Los 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 agregación y el análisis de datos. Las abreviaturas y los símbolos también están estandarizados, e incluyen una lista de “no utilizar” (véase también el Glosario). Dicha estandarización cumple con la normatividad correspondiente y los estándares reconocidos locales y nacionales.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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 necesarios 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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. (Véase también PFR.1.6 en relación a la confidencialidad de la información del paciente.)

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;

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención; y
- usar indicadores (véase también el Glosario) 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 (véase también el Glosario) 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 indispensable

MCI.18 Una política o protocolo, por escrito, definen los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.

Propósito de MCI.18

La política o protocolo (véase también el Glosario) describen 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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 de 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 o protocolo, por escrito, que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos, que incluyen al menos los puntos a) hasta h) del propósito, y están implementados.
2. Existe un protocolo escrito que describe el modo en que se controlarán las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento, y está implementado.
3. Existe una política o protocolo, por escrito, que define la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error, y están implementados.
4. Existe una política o protocolo, por escrito, que describen el modo en que se identificarán y seguirán todas las políticas y procedimientos en circulación, y están implementados.

Expediente clínico del paciente

Estándar

MCI.19 El establecimiento inicia y mantiene un expediente clínico de cada paciente evaluado o tratado.

Propósito

Todo paciente evaluado o tratado en un establecimiento de atención médica (véase también el Glosario) 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.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles

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.

Estándares

MCI.19.1 El expediente clínico contiene información suficiente como 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 .

MCI.19.1.1 El expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencia 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 y MCI.19.1.1

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 (véase también el Glosario) entre los varios profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

El establecimiento determina los datos conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. que debe incluir el expediente clínico de cada paciente evaluado o tratado, ya sea como paciente ambulatorio, paciente de urgencia o paciente internado. El expediente de cada paciente que recibe atención de urgencia incluye la información específica identificada en el estándar MCI.19.1.1.

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. (Véase también ASC.7, ME 3)
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. (Véase también AOP.1.5, ME 1; AOP.2, COP.5, ME 2; ASC.5.2, ME 1; ASC.5.3, ME 2; ASC.6, ME 2; ASC.7.3, ME 3 Y MMU.4.3, ME 1)
5. El establecimiento determinó el contenido específico de los expedientes clínicos de los pacientes y da cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles de MCI.19.1.1

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.

Estándares

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 registro.

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 mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información en dicho registro. 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, como por ejemplo en el caso de tratamientos con horarios u órdenes de medicamentos.

Elementos medibles de MCI.19.2

1. Las personas autorizadas para ingresar información en el expediente clínico de un paciente están identificadas en la política del establecimiento. (Véase también la Meta internacional para la seguridad del paciente 2, ME 2)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política del establecimiento.
3. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes.

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 indispensable

MCI.19.4 Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el establecimiento evalúa periódicamente el contenido del expediente clínico del paciente.

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 lo realiza 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 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 de 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 de los pacientes o a manejar los mismos.
4. 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.
5. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

6. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
7. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

Datos e información agregados

Estándares

MCI.20 Los datos y la información agregados respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el programa de gestión de calidad.

MCI.20.1 El establecimiento cuenta con un proceso para agregar datos, y ha determinado qué datos y qué información se agregarán 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.

MCI.20.2 El establecimiento respalda la atención brindada al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

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 recolecta y analiza datos agregados para respaldar la atención al paciente y la gestión del establecimiento. Los datos agregados proporcionan un perfil del establecimiento en el tiempo, y permiten comparar el desempeño del establecimiento con el de otras organizaciones. Por consiguiente, los datos agregados constituyen una parte importante de las actividades de mejora del desempeño del establecimiento. En particular, los datos agregados de manejo de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos (véase también el Glosario), 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 (véase también el Glosario), 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 de desempeños es una herramienta

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 a menudo solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de seguros hasta las de sociedades profesionales. Es posible que las leyes, reglamentos y normas vigentes exijan a los establecimiento que colaboren con algunas bases de datos externas (véase también QPS.4.2). En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información.

Elementos medibles de MCI.20

1. Los datos e información agregados respaldan la atención al paciente.
2. Los datos e información agregados respaldan la gestión del establecimiento.
3. Los datos e información agregados respaldan el programa de gestión de calidad.

Elementos medibles de MCI.20.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso para agregar datos, en respuesta a las necesidades identificadas de los usuarios.
2. El establecimiento proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización.

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.

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. (Véase también QPS.4.2, ME 2 y PCI.10.4, ME 1)
4. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO I ESTÁNDARES INTERNACIONALES
SECCIÓN III
METAS INTERNACIONALES PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

Perspectiva general

Este capítulo se ocupa de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, conforme a los requisitos para la implementación que entrará en vigencia a partir del 1º de enero de 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de Joint Commission International.

El propósito de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Los objetivos destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad, los objetivos por lo general se centran en soluciones que abarcan todo el sistema, siempre que sea posible.

Los objetivos están estructurados de la misma manera que los demás estándares, e incluyen un estándar (Requisito del Objetivo), un propósito y elementos medibles. Los objetivos se califican en forma similar a los demás estándares como “cumplidos”, “parcialmente cumplidos” o “no cumplidos”.

Los Objetivos 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 al cuidado de la salud asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Objetivo 1. Indispensable

Identificar correctamente a los pacientes

Requisito del Objetivo 1

El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la precisión en la identificación de los pacientes.

Propósito

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. 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 sujetos a otras situaciones que pueden conducir 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 mejorar los procesos de identificación se diseñan en colaboración, en particular los procesos utilizados para identificar a un paciente que se le administrarán medicamentos, sangre o hemoderivados; que se le extraerá sangre y otras muestras para análisis clínicos o proporcionará cualquier otro tratamiento o procedimiento. Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación de un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otras maneras. El número de habitación del paciente o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y/o procedimientos obligan al uso de dos identificadores diferentes en distintos lugares dentro del establecimiento, como por ejemplo en atención externa (véase también el Glosario) o en otros servicios ambulatorios (véase también el Glosario), el área de Urgencias o los Quirófanos. También se incluye la identificación del paciente con alteración del estado de conciencia desconocido. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles situaciones de identificación.

Elementos medibles del Objetivo 1

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren la precisión de la identificación del paciente.
2. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

3. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.
4. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos.(Véase también AOP.5.7, ME 2)
5. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

Objetivo 2. Indispensable

Mejorar la comunicación efectiva

Requisito del Objetivo 2

El establecimiento de atención médica elabora políticas y procedimientos para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.

Propósito

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 de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado en urgencias.

El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes orales y telefónicas que incluye: la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado del análisis completo, 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. La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de relectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia (véase también el Glosario) en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos medibles

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la precisión de las comunicaciones orales y telefónicas. (Véanse también AOP.5.3, AOP.6.4, MMU.4, ME 1 y MMU.4.3, ME 1)
2. El receptor de la orden o del resultado del análisis anota la orden o resultado del análisis oral y telefónico completos. (Véase también MCI.19.2, ME 2)
3. La orden o el resultado del análisis oral y telefónico completo son vueltos a leer por el receptor de dicha orden o resultado.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

4. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.

Objetivo 3. Indispensable

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Requisito del Objetivo 3

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para mejorar la seguridad de los medicamentos que representan un alto riesgo.

Propósito

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con frecuencia es la administración errónea de electrolitos 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]). 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. Los medios más efectivos para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

El establecimiento, en colaboración, desarrolla una política y/o un procedimiento que evita la colocación de electrolitos 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 electrolitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el departamento de Urgencias 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.

Elementos medibles del Objetivo 3

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que atiendan la ubicación, etiquetado y almacenamiento de electrolitos concentrados.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra la administración errónea en aquellas áreas donde la política lo autorice. (Véase también el propósito de MMU.3)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Objetivo 4. Indispensable

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

Requisito del Objetivo 4

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Propósito

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son preocupantes 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 preocupante problema. Se emplean prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas en el Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™ (Protocolo universal para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o a la persona equivocada) de la Joint Commission (véase también <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol>).

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son:

- el marcado del sitio quirúrgico,
- un proceso de verificación preoperatorio,
- una instancia inmediatamente previa o “time-out” (véase también el Glosario) 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 inequívoca. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible, 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).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos;
- asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente etiquetados y exhibidos;
- verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.

La confirmación de información en el momento inmediatamente previo al procedimiento permite resolver cualquier pregunta no respondida o confusión. La confirmación previa se lleva a cabo en el lugar donde se realizará 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 en forma resumida, como por ejemplo en una lista de verificación.

Elementos medibles del Objetivo 4

1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que establezcan procesos estandarizados, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.
2. Se emplea una marca claramente comprensible para la identificación del sitio quirúrgico y se hace participar al paciente en el proceso de marcado.
3. Se emplea un proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a la mano, sean los correctos y funcionen.
4. Se emplea una lista de verificación y un procedimiento de instancia inmediatamente previa al inicio de un procedimiento quirúrgico.

Objetivo 5. Indispensable

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

Requisito del Objetivo 5

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Propósito

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 (véase también el Glosario). Las infecciones asociadas al cuidado de la salud comunes a todas las áreas de atención médica incluyen infecciones asociadas al cuidado de la salud de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones asociadas al cuidado de la salud del torrente sanguíneo y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas al cuidado de la salud es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener pautas

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos en el establecimiento Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y en varias 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.

Elementos medibles del Objetivo 5

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de contraer infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica. (Véase también PCI.5)
2. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas.
3. Se implementa un programa efectivo para la higiene de las manos.

Objetivo 6. Indispensable

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Requisito del Objetivo 6

El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Propósito

Las caídas constituyen un factor importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que se atiende, los servicios que se prestan y la característica de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas, en consecuencia debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación del andar y el equilibrio, y las ayudas para caminar empleadas por el paciente. El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados. Se implementa el programa.

Elementos medibles del Objetivo 6

1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de daños sufridos por los pacientes a causa de caídas en el establecimiento.
2. El establecimiento implementa un proceso para que en la evaluación inicial de pacientes, se determine el riesgo de caídas y posteriormente se

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

reevalúe a los pacientes cuando así lo determine un cambio en el estado de los mismos, en sus medicamentos, etc.

3. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir la probabilidad de caídas en los pacientes con valores de mayor riesgo.

CAPÍTULO II ESTÁNDARES NACIONALES ¹
SECCIÓN I
ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA (ACC)

Estándar

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

Elementos medibles

5. Se cuenta con un procedimiento confiable y estadísticas que permitan analizar y verificar que el 90% de los pacientes que llegan a urgencias por su propio pie, esperan menos de 15 minutos para ser atendidos.
6. Se garantiza el “cero rechazo” en pacientes embarazadas y puérperas.
7. La infraestructura del Servicio de Urgencias garantiza la atención médica efectiva:
 - Existe rótulo de identificación del servicio.
 - La infraestructura del Servicio Urgencias o Admisión Continua cuentan con: área de recepción de pacientes, cubículos de valoración, de observación (adultos mujeres, varones y menores con privacidad) de curaciones, de hidratación y sala de choque.
 - Se cuenta con tomas para succión y oxígeno para cada cama y/o camilla.
 - Se cuenta con ropa íntegra y limpia para camas y/o camillas.
8. El área de enfermeras dispone de baño de artesa cuando se brinde atención a pacientes neonatos y lactantes.
9. En caso de contar con urgencias pediátricas, existe un área para hidratación oral que cuenta con: Vida Suero Oral (VSO), mesa, jarra, cucharas, formatos de reporte, así como manual de procedimientos del tratamiento de rehidratación (ver MMU.3.2 Y MMU.3.3) .

Estándar

ACC.1.3 El establecimiento busca reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

¹ Nota: la numeración asignada a los elementos medibles y las políticas de esta parte son consecutivas a los asignados en la parte 1

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Políticas

5. Los accesos son directos y seguros, consideran lo necesario para personas con discapacidad, inconscientes o cualquier otra limitación (Ver PFR.1.5).
6. Existen una política que asegure una comunicación efectiva en la relación médico paciente, ya sea por limitaciones físicas (por ejemplo: personas con discapacidades del habla, visuales y auditivas) o por condiciones culturales (por ejemplo: población indígena).

Estándar

ACC.2 El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica al paciente, coordinados y continuos, dentro y fuera de la Unidad.

Políticas

5. Se documenta el proceso de interconsulta mediante el cuál se asegura la respuesta oportuna de cada servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un paciente hospitalizado.
6. El personal está familiarizado con el proceso.

Estándar

ACC.2.1 Durante todas las fases de la atención, hay una persona calificada identificada como responsable de la atención del paciente.

Elemento medible

4. 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.

Estándar

ACC.3 Existe una política que establece la derivación o alta apropiada para los pacientes.

Políticas

6. Existe una política y procedimiento para asegurar que al egreso del paciente, el médico tratante o el personal de enfermería autorizado, darán la información necesaria, pertinente y suficiente por escrito y constatarán la comprensión de la información entregada:
 - Una copia del resumen del alta.
 - Los cuidados posteriores en el hogar, incluyendo esquemas de vacunación y cartillas.
 - Las indicaciones higiénico-dietéticas (Ver COP.6).
 - Las notas de evolución consignan la planificación del egreso.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

7. El establecimiento define la política y establece el proceso para dar “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.
 - La política y el proceso para dar “permiso de salida” se encuentran documentados en forma clara y precisa.
 - El personal se encuentra familiarizado con la aplicación de criterios y procesos.
 - El paciente y el familiar responsable conocen las condiciones para obtener el “permiso de salida” y los cuidados necesarios.
 - 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.4 Existe una política que guía la transferencia adecuada de pacientes a otro establecimiento, a fin de cumplir con las necesidades de la continuidad de la atención.

Elemento medible

8. Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en establecimiento (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de otros hospitales cercanos).

Estándar

ACC.5 El proceso de derivación, transferencia o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

Elemento medible

5. Existe un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea, cuando el establecimiento no cuenta con los propios.

DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PFR)

Estándar

PFR.1 El establecimiento es responsable de proporcionar procesos que respalden los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

6. Existe una política y procedimiento que asegure que los directivos del hospital cuenten con un proceso para evaluar que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

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

Elemento medible

3. En los establecimientos que brindan servicios a la salud materna, deberán contar con un proceso que garantice que las mujeres en trabajo de parto o aborto, recibirán un trato respetuoso evitando cualquier tipo de maltrato. (Ver PFR. 1.4 EM.2).

Estándar

PFR.1.2 La atención médica respeta la privacidad del paciente.

Políticas

3. Existe una política y procedimiento que asegure que todo interrogatorio al paciente se realice únicamente entre médico y paciente, familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, con la presencia de personal de apoyo, o enfermera o técnico.
4. Existe una política y procedimiento que asegure que la exploración que se realice a pacientes sea con su autorización, en presencia de: familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, personal de apoyo, enfermera o técnico de su propio sexo, bajo las normas de respeto, explicando y aclarando las dudas y cuidando descubrir sólo la zona a explorar.
5. Los directivos aseguran la infraestructura necesaria (cortinas, biombos o cuartos individuales) para brindar privacidad a los pacientes que así lo requieran.

Estándar

PFR.1.4 Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Elemento medible

6. Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.

Estándar

PFR.5 Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos, de forma tal que los pueden comprender.

Elemento medible

3. El hospital cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está accesible al público usuario.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

PFR.9 El establecimiento cuenta con un Comité de Investigación y de Bioética para supervisar toda investigación que se realice en el establecimiento, en la que participen seres humanos.

Elemento medible

6. La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS (ver glosario)

Estándar

PFR.10 El hospital informa a los pacientes y sus familiares sobre cómo optar por donar órganos y otros tejidos.

Elemento medible

3. El establecimiento cuenta con licencia sanitaria para bancos, obtención y/o trasplante de órganos, tejidos o células de seres humanos con fines terapéuticos

EVALUACIÓN DE PACIENTES (AOP)

Estándar

AOP.5.3 Los resultados de los análisis de laboratorio y anatomía patológica están disponibles en forma oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Elemento medible

4. Existen políticas y procedimientos que aseguren que en todos los casos, los resultados de Laboratorio y Anatomía Patológica se documentan en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

Estándar

AOP.6 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Elemento medible

4. Existe un procedimiento por escrito que establezca las acciones a seguir en caso de presentar algún paciente, reacción al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

5. Existe un procedimiento para la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

Estándar

AOP.6.4 Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define el establecimiento.

Elemento medible

4. Existe una política y procedimiento que defina que 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.

ATENCIÓN DE LOS PACIENTES (COP)

Estándar

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

Elementos Medibles

3. El hospital cuenta con un proceso para la evaluación oportuna y especializada del recién nacido por médicos pediatras especializados en reanimación neonatal (Ver SQE. 1 EM 5 SQE. 6 EM 1 y AOP 3 EM 2).
4. Existe un proceso que garantice la reanimación inmediata del recién nacido en el Servicio de Tococirugía, y se cuente con un área específica para su atención, equipada con todos los instrumentos necesarios para proporcionar reanimación inmediata.
5. Existe en el Servicio de Tococirugía un médico y enfermera capacitados en reanimación neonatal las 24 horas del día los 365 días del año (Ver SQE 6 EM 1, SQE.1 EM 5, AOP.3 EM 2, SQE.3 EM 1 y Anexo 4).
6. Se asegura al menos una enfermera titulada, capacitada en RCP avanzado /adulto, presente las 24 horas al día, los 365 días al año, en los servicios críticos.
7. Se asegura al menos un médico capacitado en RCP avanzado /adulto, presente las 24 horas al día, los 365 días al año, en los servicios críticos.

Estándar

COP.3.3 Las políticas y los procedimientos guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos Medibles

3. Las políticas y procedimientos que guían el uso de sangre y hemoderivados, priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.
4. La 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.

Estándar

COP.3.5 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.

Elementos Medibles

3. Existe una área para pacientes que requieren aislamiento.

Estándar

COP.3.8 Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.

Políticas

7. Existen políticas y procedimientos que guían el cuidado de las urgencias obstétricas y neonatales.
8. Existen políticas y procedimientos que guían el cuidado de pacientes en cuidados intensivos.

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.

Elemento medible

6. Existe un procedimiento confiable y valido para identificar errores en la indicación y/o dotación de dietas especiales.

Estándar

COP.6 Los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

Propósito

En caso de que el hospital preste servicios de salud relacionados con la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados, se evaluará lo siguiente

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

conforme 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.

Políticas

5. Existe una política que asegure que el médico especialista en acupuntura cuenta con título, cédula profesional de médico y el documento de especialización en acupuntura humana.
6. Existen políticas y procedimientos que guían la práctica de la acupuntura únicamente como paliativo del dolor en enfermedades terminales.
7. Existen políticas y procedimientos que aseguren que 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:
8. 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).

Salud Reproductiva, Materna y Perinatal

Estándar indispensable

COP.8 Existen políticas y procedimientos que guían la atención de las mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo, parto y puerperio.

Políticas

Es prioridad de todos los establecimientos garantizar la atención de un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, el 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 de asegurar la atención de la mujer durante toda su vida reproductiva, con particular énfasis en la planificación familiar y consejería a la población adolescente, así como en la detección oportuna de cáncer cervicouterino, cáncer de mama y en los casos de violencia familiar.

Elementos medibles

1. Existen políticas y procedimientos que guían la atención de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida reproductiva.
2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de planificación familiar, particularmente la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO).
3. Existen políticas y procedimientos que guían sobre salud sexual, consejería y atención a víctimas de violencia familiar.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

4. Existen políticas y procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.
5. Existen políticas y procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio.
6. Los recién nacidos, reciben atención conforme a las políticas y procedimientos, reciben el esquema de vacunación y se les realiza el Tamiz Neonatal.
7. Se cuenta con recursos materiales suficientes para brindar la atención (Ver COP.1 EM 4)

Estándar indispensable

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).

Políticas

Los establecimientos definen las políticas y los procedimientos que guían las decisiones para efectuar una interrupción del embarazo, ya sea por legrado uterino, aspiración manual endouterina, con uso de medicamentos, por operación cesárea o inducción del parto.

Elementos medibles

1. Existe la definición clara de las indicaciones para practicar una cesárea.
2. El hospital ha definido las indicaciones para la realización de legrado uterino instrumentado.
3. La indicación y el procedimiento se encuentran documentados en el expediente.
4. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar el procedimiento (Ver PFR.6.4, ASC.4, ASC.7.1)

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ASC)

Estándar

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

Elemento medible

7. El procedimiento de inicio y finalización de aplicación de anestesia se realiza en presencia de un médico anesthesiólogo calificado.
8. El Establecimiento identifica y establece políticas y procedimientos que guíen el proceso de aplicación de anestesia por un médico no anesthesiólogo capacitado en técnicas de sedación y reanimación cardiaca

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

en casos específicos por ejemplo en Terapia Intensiva, reducción de fracturas, endoscopías etc.

Estándar

ASC.5.3 Durante la administración de anestesia, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente.

Políticas

3. Existen políticas que garanticen que en intervenciones quirúrgicas mayores a 2 horas con anestesia general, se administra suplemento de oxígeno.

MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS (MMU)

Estándar

MMU.5 Los medicamentos y alimentación parenteral se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

Elemento medible

4. La alimentación parenteral se prepara y dispensa en áreas seguras e higiénicas, con el equipo y los suministros adecuados. (Véase también PCI.7, ME 1 y 2)

Estándar

MMU.7.1 Los errores en la administración de medicamentos se notifican mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

Elemento medible

4. Se elaboran periódicamente reportes de seguridad para todos los medicamentos autorizados, siguiendo los lineamientos internacionales.

Estándar indispensable

MMU.8 Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes. (Ver QPS.3.5)

Políticas

1. Hay políticas y procedimientos que guían el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas.
2. El establecimiento se asegura de mantener actualizado el esquema básico de vacunación
3. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la vacunación para menores de 5 años (Ver QPS.3.5)

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

4. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la vacunación para adultos mayores (Ver QPS.3.5)
5. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la vacunación para los grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas) (Ver MMU.3.2)
6. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan una cobertura de BCG (Ver QPS.3.5)
7. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la vacunación de mujeres en edad fértil para erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA (PFE)

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.

Elemento medible

4. Cuando sea apropiado, el tema de educación incluye el consentimiento informado, consejería para adolescentes, planificación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO) y violencia familiar.

Estándar

PFE.2 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se incluyen en su expediente clínico.

Políticas

8. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebrovasculares,
9. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.
10. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.
11. El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre enfermedades prevenibles por vacunación.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

12. Las pacientes embarazadas aprenden a identificar factores de riesgo y signos de alarma para solicitar atención en forma inmediata.

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.

Elemento medible

7. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre factores de riesgo y hábitos saludables.

CAPÍTULO II ESTÁNDARES NACIONALES
SECCIÓN II
ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE
ATENCIÓN MÉDICA

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Estándar

QPS.1 El cuerpo de gobierno o directivos del establecimiento participan en la planeación y el control del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elemento medible

5. Existe un sistema estructurado para obtener información del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente y un responsable para ello.
6. Existe un Comité de Calidad y Seguridad con objetivos definidos de acuerdo al plan de mejora de la calidad, 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.
7. El establecimiento planifica mejoras utilizando una metodología de mejora continua de la calidad seleccionada por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Estándar

QPS.2.1 Se utilizan las guías y lineamientos de práctica clínica, así como las rutas clínicas para guiar la atención clínica.

Políticas

5. Existen procedimientos o protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos o normas técnicas para los 10 motivos de egreso más frecuentes en los últimos dos años calendario.
6. Existen procedimientos o protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos y normas técnicas para las emergencias obstétricas (infección puerperal, preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, etc.) (Véase COP.3, COP.3.10)

Estándar

QPS.3 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para controlar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la organización, y las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elementos medibles

8. 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 (Ver QPS.9).
9. Se realizan sesiones conjuntas entre los comités y el personal involucrado en la atención del paciente y se discuten conjuntamente las oportunidades de mejora y control de las actividades críticas (Ver MCI.5 Elemento medible 3).

Estándar

QPS.3.2 El control clínico incluye aquellos aspectos de los servicios de laboratorio seleccionados por los directivos y responsables de áreas en el establecimiento

Elemento medible

4. Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en el servicio de laboratorio para su atención.
5. Existen protocolos y procedimientos específicos actualizados en los servicios de laboratorio.

Estándar

QPS.3.4 El control clínico incluye aquellos aspectos de los procedimientos quirúrgicos seleccionados por los directivos y responsables de áreas en el establecimiento.

Elementos medibles

4. Se asegura que los incidentes y/o accidentes quirúrgicos y anestésicos se documentan en el formato específico del expediente clínico del paciente.
5. Existe un procedimiento por el cual el jefe de cirugía conoce la disponibilidad de servicio.
6. Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, por ejemplo: tromboembolia pulmonar, trombosis venosa profunda, sepsis postoperatoria, dificultad técnica en el procedimiento (Ver indicador de Seguridad del Paciente, anexo 5).
7. Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar las apendicectomías blancas y conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

QPS.3.5 El control clínico incluye aquellos aspectos del uso de antibióticos, vacunas y demás medicamentos seleccionados por los directivos y responsables de áreas en el establecimiento.

Políticas

4. Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar el uso de antibióticos, incluyendo su uso profiláctico, acorde a las Políticas del Comité de infecciones.(Ver PCI. 2 EM 1y2)

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)

Estándar

PCI.7.1 El establecimiento disminuye el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asegurando la higiene y esterilización adecuadas del equipo, instrumental y mobiliario, así como el debido manejo de la ropa sucia y la ropa de cama.

Elementos medibles

5. Se cuenta con procedimientos documentados que permiten la identificación oportuna de requerimientos de reparación y/o renovación de equipo especializado e instrumental en CEYE.
 - En una bitácora se especifica la fecha de renovación o reparación y el responsable del equipo.
 - El establecimiento cuenta con un programa de reposición de instrumental.
 - El personal de enfermería y médico conocen los procesos.
6. Se identifican las áreas donde se esterilizan y reutilizan equipos e instrumental.

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.

Elementos medibles

2. Existe y se aplica el proceso para el manejo y preparación adecuada de alimentos.
 - Existe una política y procedimiento que asegure el buen estado de cocina, almacén para víveres y refrigeración de los mismos.
 - Existe una política y procedimiento que asegure que el personal lava sus manos después de manipular, carnes, huevos crudos, verduras y hortalizas.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- Existe el proceso para efectuar el control microbiológico al personal que interviene en la preparación de alimentos.
- Las políticas y procedimientos se ocupan de suministrar insumos, ropa y material de trabajo (cubrebocas, gorro, bata y guantes), acorde a las funciones que desempeñan.
- Si el agua potable procede de la red pública, se efectúan controles del nivel de cloración, por lo menos una vez a la semana.

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 asociadas al cuidado de la salud a las que son extremadamente propensos.

Elemento medible

5. Se ha establecido políticas para el acceso a los cuartos para pacientes que requieren aislamiento.
6. Limpieza de sus cuartos.
7. Hay habitaciones de presión negativa adecuadas a disposición y se controlan rutinariamente en el caso de pacientes contagiosos que requieren estar aislados.

Estándar

PCI.10.2 El control incluye el uso de indicadores relacionados con asuntos de infecciones que son importantes para el establecimiento desde el punto de vista epidemiológico.

Elemento medible

3. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones nosocomiales.

GOBIERNO, DIRECCIÓN Y LIDERAZGO (GDL)

Estándar

GLD.1.1 Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban y hacen pública la declaración de misión, visión y valores del hospital.

Políticas

4. El personal se encuentra familiarizado con la misión, visión y valores del hospital.

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Estándar

GLD.1.4 El cuerpo de gobierno nombra al o a los gerentes generales o directores del establecimiento.

Elementos medibles

3. Existe el aviso de designación, renuncia o sustitución del Responsable Sanitario del hospital, actualizado, según lo solicita el artículo 18 y 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Estándar indispensable

GLD.7 El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos que definen las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones, al igual que la participación de su personal en los eventos de capacitación y actualización organizados por la industria farmacéutica, en el marco del Compromiso por la Transparencia en la relación entre los Médicos e Instituciones de Atención a la Salud y la Industria Farmacéutica.

Elementos medibles

1. Hay políticas y procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.
2. Hay políticas y procedimientos que guían la participación de su personal en los eventos de capacitación y actualización organizados por la industria farmacéutica

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LA INSTALACIÓN (FMS)

Estándar

FMS.4 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Elemento medible

6. El establecimiento cuenta con un Comité de Protección Civil, con Acta constitutiva, sesiones periódicas de los miembros titulares y con un seguimiento puntual de los acuerdos a los que llegan

Estándar

FMS.5 El establecimiento cuenta con un plan para el inventario, manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos, y el control y desecho de materiales peligrosos y desperdicios.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elemento medible

8. Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes (Ver PCI.7.3).
9. Los botes para Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos cuentan con bolsas de color rojo y los botes de la basura municipal cuentan con bolsa negra o de un color diferente al rojo y amarillo (Ver PCI.7.2).

Estándares

FMS.6 El establecimiento elabora y mantiene un plan y un programa de manejo de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Elemento medible

3. El establecimiento cuenta con los siguientes documentos:
 - Dictamen de Seguridad Estructural.
 - Mapa de Riesgos del Establecimiento.

Estándar

FMS.7.3 El establecimiento elabora e implementa un plan para eliminar el tabaquismo.

Políticas

4. Existe un mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Reglamento de áreas libres de humo de tabaco.
 - Hay señalamientos en todas las áreas de atención del establecimiento al público como internas del hospital en que se establece la prohibición de fumar.

CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL (SQE)

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.

Política

6. Se cuenta con un proceso para analizar el comportamiento y apego del personal de la unidad al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

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.

En sedes que cuenten con médicos internos de pregrado y médicos residentes, se evaluarán los siguientes elementos medibles conforme a 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:

6. 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.
7. Los médicos en formación, médicos residentes participan en el proceso de atención de los pacientes siempre sujetos a las indicaciones y supervisión de un médico adscrito al establecimiento
8. Existe un Médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los Médicos Internos de Pregrado y de los Médicos Residentes durante el desarrollo del curso por cada área de rotación.
9. 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
10. Los médicos residentes y médicos en formación, informan a su inmediato superior el resultado de las acciones médicas que estén a su cargo y que correspondan a las responsabilidades del grado académico que curse
11. 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.
12. Los sábados, domingos y días festivos, las prácticas clínicas complementarias deberán cubrir 24 horas.
13. En las áreas de hospitalización, las actividades de enseñanza clínica deben realizarse con un máximo de 5 alumnos por paciente y profesor.
14. En consultorios, las actividades de enseñanza deben realizarse con un máximo de 3 alumnos.

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (MCI)

Estándar

MCI.3 La comunicación y la educación al paciente y a la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Estándares para la Certificación de Hospitales

Elemento medible

3. Las Cartas de los Derechos de los Pacientes están adaptadas para el uso expedito del usuario y se caracterizan por su claridad, facilidad de lectura y accesibilidad.

Consejo de Salubridad General
 Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
 Estándares para la Certificación de Hospitales

CAPÍTULO II ESTÁNDARES NACIONALES
SECCIÓN III
SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La importancia de contar con indicadores de resultados en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, estriba en que su ejecución y obtención, permite evaluar uno de los pasos fundamentales del proceso de mejora y hacer modificaciones en sus procesos y programaciones.

1. REGISTROS DE INFORMACIÓN		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
ESTADÍSTICAS GENERALES				
1	Número de egresos por sexo y grupo étnico			
2	Número de intervenciones quirúrgicas realizadas por sala de operaciones			
3	Diez principales causas de morbilidad por sexo y grupo étnico			
4	Diez principales causas de mortalidad por sexo y grupo étnico			
5	Número de recién nacidos vivos con defectos del cierre del tubo neural.			
6	Número de niños positivos al tamiz neonatal que recibieron diagnóstico y tratamiento durante el primer mes de vida			
7	Número de defunciones en menores de 28 días de edad			
INDICADORES DE CÁNCER DE MAMA				
8	Porcentaje de pacientes con diagnóstico en estadio 1 y 2 en relación al total de Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama			
9	Porcentaje de pacientes con diagnóstico en estadio 3 y 4 en relación al total de Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama			
INDICADORES DE CÁNCER CERVICO UTERINO				
10	Porcentaje de pacientes con diagnóstico en estadio 0 y 1 en relación al total de Pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino			
11	Porcentaje de pacientes con diagnóstico en estadio 2 o mayor, en relación al total de Pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino			

Consejo de Salubridad General
 Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
 Estándares para la Certificación de Hospitales

INDICADORES		ESTÁNDAR NACIONAL	C	NC	NA
12	Porcentaje general de ocupación hospitalaria	Hasta el 90%			
13	Porcentaje de diferimiento quirúrgico.	< 15%			
14	Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.	< 6 x 100 egresos			
15	Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.	< 2 X 100 egresos			
INDICADORES DE SALUD MATERNA Y PERINATAL					
16	Porcentaje de cesáreas	<27%			
17	Número de defunciones maternas .	0			
18	Tasa de letalidad por enfermedad hipertensiva del embarazo				
19	Tasa de letalidad por hemorragia obstétrica				
20	Tasa de letalidad por infección puerperal				
21	Tasa de letalidad por aborto				
22	Porcentaje de incidentes y accidentes durante la atención del parto.				
23	Porcentaje de traumatismos del neonato al nacimiento				
24	Porcentaje de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer				

Consejo de Salubridad General
 Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
 Estándares para la Certificación de Hospitales

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		C	NC	NA
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.				
25	Tasa de infecciones nosocomiales			
26	Porcentaje de infecciones de heridas quirúrgicas en relación con el total de heridas quirúrgicas			
27	Porcentaje de neumonías por aspirador en relación al total de egresos			
28	Porcentaje de infecciones asociadas al uso de sonda vesical en relación al total de pacientes con sonda vesical			
29	Porcentaje de infecciones asociadas a catéter venoso central en relación al total de pacientes con catéter venoso central			
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y POSTQUIRÚRGICAS				
30	Porcentaje de pacientes que presentaron embolia pulmonar en relación al total de intervenciones quirúrgicas			
31	Porcentaje de pacientes que presentaron sepsis postoperatoria en relación al total de intervenciones quirúrgicas			
32	Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones de la anestesia en relación al total de intervenciones quirúrgicas			
33	Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas dentro de las 72 hrs. inmediata a la primera intervención en relación al total de reintervenciones quirúrgicas			
EVENTOS CENTINELA.				
34	Porcentaje de eventos analizados en relación al total de eventos centinelas presentados			

Glosario

- 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.
- Ámbito de práctica: el espectro de actividades que realiza un facultativo en un establecimiento de atención médica. El ámbito lo determinan la capacitación, la tradición, las leyes o reglamentaciones o la organización.
- Ámbito de servicios: el espectro de actividades que realiza el gobierno y el personal de gerencia, clínico y de apoyo.
- 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.
- Análisis en el lugar de atención: análisis realizados en lugares fuera del entorno tradicional del laboratorio, por lo general en el lugar donde se presta atención a las personas o en sus alrededores.
- 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 (ansiólisis): 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 continuada o continua: el hecho de hacer coincidir las necesidades constantes del paciente con el nivel y tipo de atención, tratamiento y servicio adecuados, dentro de una organización o entre varias organizaciones.
- 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.
- 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,

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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.
- **Competencia:** determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas una descripción de puesto.
- **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 rehabilitatorios. 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.
- **Cuasi-falla:** 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.
- **Criterios de examen:** un conjunto de reglas o pruebas estandarizadas aplicadas a grupos de pacientes sobre la cual se basa un juicio preliminar.
- **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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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.
- Desechos infecciosos: véase materiales y desechos infecciosos
- Desechos médicos: véase materiales y desechos peligrosos
- 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.
- Efecto secundario: efecto farmacológico, por lo general adverso, distinto de los efectos para los cuales se recetó el fármaco.
- 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 :
 1. Una ocasión imprevista o repentina, como una cirugía de urgencia necesaria para evitar la muerte o una discapacidad grave.
 2. 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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 en la administración de medicamento: todo error evitable que podría ser causado por el uso inadecuado de un medicamento y poner en peligro la seguridad del paciente. Véase también evento centinela.
- 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 registros de pacientes, evaluación de pacientes).
- Estándares de gestión del establecimiento de atención médica: para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los estándares que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

exámenes médicos periódicos o a través de instrumentos formales de evaluación. Véase también medición.

- Evaluación basada en estándares: un proceso de evaluación que determina el cumplimiento de un establecimiento de atención médica o de un facultativo con los estándares preestablecidos.
- Evento adverso: un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela.
- Evento centinela: un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función.
- Extracción de órganos: remoción de un órgano con fines de transplante.
- 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.
- Protección: contra pérdidas, destrucción, manipulación o acceso o uso no autorizados.
- Gestión de la utilización: planificación, organización, dirección y control de los recursos. Es importante el modo en que una organización relaciona esto con la atención al paciente.
- 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”.
- 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).
- Indicador: una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.
- Instancia inmediatamente previa: 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.
- Líder: individuo que establece expectativas, elabora planes e implementa procedimientos para evaluar y mejorar la calidad de las funciones y

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

procesos de gobierno, de gestión y clínicos del establecimiento. Los líderes descritos en los estándares incluyen al menos los líderes del cuerpo de gobierno, el presidente ejecutivo y demás gerentes generales, los líderes de departamentos, los líderes electos y nombrados del personal médico y de los departamentos clínicos, y demás miembros del personal médico en puestos administrativos dentro del establecimiento, y la jefe de enfermeras y demás líderes de enfermería.

- 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.
- 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. Si bien JCI considera que los desechos infecciosos entran dentro de esta categoría de materiales, no todas las leyes y reglamentaciones definen los desechos infecciosos o médicos como desechos peligrosos.
- 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.
- Medición:
 1. Recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se “mide”).
 2. 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.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- Metodología trazadora: un proceso que los evaluadores de JCI emplean durante la evaluación en el centro para analizar 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: proceso que emplea JCI 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, la efectividad del personal y el uso de datos.
- Multidisciplinario: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.
- 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.
- Paciente: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de JCI, 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

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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.
- Pautas basadas 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.
- Pautas de práctica: 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. Véase también pautas basadas en la evidencia (o de base científica) y pautas de práctica clínica
- Pautas de práctica clínica: declaraciones que ayudan a los facultativos 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 facultativo a través de todos los pasos de la consulta (preguntas a formular, signos físicos a buscar, análisis de laboratorio a indicar, evaluación de la situación y tratamiento a indicar).
- 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: 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,

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas 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, protocolos, pautas de práctica y rutas clínicas específicos 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 extraño 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 acreditación: un proceso continuo mediante el cual las organizaciones de atención médica están obligadas a demostrar ante JCI que proporcionan atención segura y de alta calidad, según lo determina su cumplimiento con los estándares de JCI y las recomendaciones de las Metas internacionales para la seguridad del paciente. El componente clave de este proceso es una evaluación en el centro de una organización, llevada a cabo por evaluadores de JCI.
- 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,

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

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: 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.
- Reclutar: buscar, por lo general se refiere a nuevos empleados u otros miembros de una organización.
- Expediente clínico del paciente/registro médico/registro clínico 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.
- Registro clínico: véase expediente clínico del paciente/registro médico/registro clínico
- Registro médico: véase expediente clínico del paciente/registro médico/registro clínico
- 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.
- Sedación: véase anestesia y sedación.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- 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.
- Servicios contratados: 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 quimiopprofilaxis (por ejemplo, terapia de sustitución hormonal).
- Síntoma primario: primera o más destacada indicación de una enfermedad, dolencia u otro trastorno.
- Síntoma secundario: Una indicación de enfermedad, dolencia u otro trastorno que aparece después de un síntoma primario debido al mismo.
- 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.
- Terapia de nutrición: tratamiento médico que incluye nutrición enteral y parenteral.
- Transferencia: el traspaso formal de las responsabilidades de la atención de un paciente de (1) una unidad de atención a otra, (2) un servicio clínico a otro, (3) un facultativo calificado a otro, o (4) una organización a otra.
- Triage: instrumento de evaluación de primer contacto, enfocado a calificar la Urgencia Real o Sentida y priorizar su atención.

Consejo de Salubridad General

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica Estándares para la Certificación de Hospitales

- Úlcera por presión: son áreas de piel lesionada por permanecer en una posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición.
- Utilización: el uso, los patrones de uso o los índices de uso de un servicio de atención médica específico. El “abuso” ocurre cuando un servicio de atención médica se proporciona bajo circunstancias en las cuales su potencial de causar lesiones supera los posibles beneficios. La “infrautilización” es la no utilización de un servicio de atención médica necesario cuando podría haber producido un resultado favorable para el paciente. El “mal uso” ocurre cuando se ha seleccionado un servicio adecuado pero sucede una complicación que pudo evitarse. Estos tres puntos reflejan un problema de calidad de la atención médica. Pueden aumentar el riesgo de muerte y disminuir la calidad de vida. Véase también gestión de la utilización
- 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.
- Verificación de la fuente original: verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones que cumplan con los requisitos de JCI.